



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Barbora Holečková

Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou

Nursing care of the patient with bipolar disorder

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kulířová

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/~~Nesouhlasím~~ s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 4. 2019.

BARBORA HOLEČKOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

HOLEČKOVÁ, Barbora. Ošetrovatelská péče o pacienta s bipolární afektivní poruchou. [Nursing care of the patient with bipolar disorder]. Praha, 2019. 58 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulířová, Veronika.

ABSTRAKT

Bipolární afektivní porucha je velmi závažné duševní onemocnění, které je charakterizováno patologickými výkyvy nálad. Jedná se o onemocnění chronické, které ovlivňuje významně život pacienta, zasahuje do každodenního fungování, partnerských vztahů i do zaměstnání. Dle WHO je šestou hlavní příčinou celosvětově vedoucí k celoživotní invaliditě. Střídání manických a depresivních nálad je velmi náročné nejen pro pacienta a jeho rodinu, ale i pro ošetřující personál.

V bakalářské práci se zabývám detailní charakteristikou onemocnění. Teoretické poznatky na dané téma byly vyhledány na základě vypracované rešerše v Národní lékařské knihovně a v databázích PubMed, Medline, Embase a Medvik. Teoretická část práce je obohacena o přímá svědectví lidí trpící touto nemocí. Příběhy, jejich skutečné prožitky, pocity a obavy jsem čerpala z knih, vědeckých článků a z internetových diskuzí. Na základě vypracované konkrétní případové studie u 65 leté pacientky trpící bipolární afektivní poruchou poukazuji na ošetrovatelská specifika. Ošetrovatelský personál musí být u pacienta jak v období mánie, tak v období deprese velmi pozorný a vnímavý. Je třeba bedlivě sledovat pacientovo chování, jeho verbální i neverbální komunikaci, a tak předcházet nežádoucím událostem. Jako metodiku práce jsem zvolila případovou studii doplněnou ošetrovatelským modelem dle Hildegard Peplau. Informace jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace a rozhovoru s pacientem, s jeho rodinou a i se zdravotnickým personálem. Na podkladě případové studie jsem vytvořila informační leták naznačující možnosti komunikace s nemocným v období mánie. Při tvorbě práce byly dodrženy všechny etické aspekty.

klíčová slova: ošetrovatelská péče, bipolární porucha, psychiatrický pacient, komunikace

ABSTRACT

Bipolar disorder is a very serious mental disorder defined by mood swing of pathological nature. It is a chronic disorder, which strongly affects daily life of the patient. Its negative effects can impinge personal relationships and ones performance at work. According to WHO the bipolar disorder is the sixth in the list of main causes leading to lifelong disability. Altering between manic and depressive periods is very difficult, not only for the patient, but for the attending staff as well.

In my thesis I will give a thorough characterization of the disorder. Theoretical findings on the topic were acquired via carefully done research in National Library of Medicine and via databases PubMed, Medline, Embase and Medvik. Theoretical part of the thesis is also enhanced with testimonies of actual patients with bipolar disorder. Their stories were acquired via books, research papers and internet discussion forums. I will proceed to refer about specific features of nursing practice based on particular case study of 65 years old patient with bipolar disorder. Medical staff has to aid the patient both during the manic and depressive periods while being greatly attentive. It is necessary to carefully observe behavior of the patient, their verbal and nonverbal communication in order to prevent unsolicited events. This thesis is methodologically based on a case study enriched with Peplau's model. Necessary information was acquired via medical records and interview with the patient, their family and regular attending staff. I also created an information leaflet about nuances of communication with family during manic periods, based on particular case study. Under creation of the study all the ethical aspects were abided.

keywords: psychiatric nursing care, bipolar disorder, psychiatric nurse, psychiatric treatment, communication in psychiatry

Poděkování

Děkuji Mgr. Veronice Kulířové za pomoc při vedení bakalářské práce. Mé poděkování patří též pacientce a celému personálu nemocnice za spolupráci při získávání údajů pro praktickou část práce. V neposlední řadě patří velké poděkování mému manželovi a dětem, za jejich bezmeznou trpělivost a podporu.

Obsah

1. Úvod	9
2. Současný stav poznání	10
2.1. Historie onemocnění	10
2.2. Epidemiologie	11
2.3. Etiopatogeneze	11
2.4. Klinický obraz	13
2.4.1. Průběh nemoci	13
2.4.2. Manická epizoda	13
2.4.3. Hypománie	16
2.4.4. Depresivní epizoda	17
2.4.5. Smíšená epizoda	19
2.5. Diagnostika	19
2.5.1. Důvody k vyhledání léčby	19
2.5.2. Stanovení diagnózy	20
2.6. Léčba	20
2.6.1. Farmakoterapie	21
2.6.2. Psychoterapie	23
2.6.3. Psychoedukace	23
2.6.4. Elektrokonvulzivní terapie (ET)	23
2.7. Relaps onemocnění a jeho důsledky	23
2.7.1. Varovné příznaky mánie	24
2.7.2. Varovné příznaky deprese	24
2.8. Psychiatrická péče	25
2.8.1. Etika v psychiatrii	25
2.8.2. Etické a právní problémy	25
2.8.3. Přístup k agresivním pacientům	27
2.8.4. Přístup k suicidálnímu pacientovi	29
2.8.5. Organizace	33
3. Použité metody	34
3.1. Případová studie	34
3.2. Metodologie	34
3.3. Ošetřovatelský model dle Hildegard Peplau	34
4. Případová studie	37
4.1. Základní údaje o pacientovi	37

4.2.	Anamnéza.....	37
4.2.1.	Vstupní záznam.....	37
4.3.	Zhodnocení stavu pacienta	39
4.3.1.	1.den hospitalizace	39
4.3.2.	4. den hospitalizace	41
4.3.3.	8. den hospitalizace	41
4.3.4.	12. den hospitalizace	42
4.3.5.	16. den hospitalizace	42
4.3.6.	20. den hospitalizace	42
4.3.7.	21. den hospitalizace	42
4.3.8.	Fáze modelu dle Hildegard Peplau	43
4.4.	Plán péče	43
4.4.1.	Ošetrovatelská péče ve fázi mánie	44
4.4.2.	Ošetrovatelské diagnózy.....	45
5.	Diskuse	48
6.	Závěr.....	50
7.	Seznam použité literatury	51

1. Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu osobního zájmu o psychiatrii. Během svého studia jsem navštívila mnoho oddělení, ale psychiatrické ošetřovatelství mě zaujalo nejvíce. Velmi se mi líbí úzký terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem. Na základě případové studie chci poukázat na specifika v ošetřovatelské péči pacientů s bipolární afektivní poruchou a přiblížit toto zákeřné celoživotní onemocnění.

International bipolar foundation popisuje bipolární afektivní poruchu (dále jen BAP) jako onemocnění mozku, které způsobuje neobvyklé výkyvy nálad jednotlivce. Tyto výkyvy se zásadně liší od změn nálad, které prožívá většina lidí během svého života. Mají podstatný vliv na jejich každodenní fungování, partnerské vztahy i zaměstnání (About Bipolar Disorder, 2014). National Institute of Mental Health popisuje epizody změněné nálady, jako stavy nadměrného vzrušení a energického chování v manické epizodě, až po stavy extrémního smutku a období naprosté beznaděje v depresivní epizodě (Bipolar disorder, 2016). Může se jednat i o epizody smíšené, charakterizované stavem rychle se střídajících hypomanických, manických a depresivních symptomů, nebo stavem smíšeným (Látalová, 2010).

Jedná se o onemocnění chronické, epizodické, s velmi proměnlivým průběhem. Obraz onemocnění se liší jednak u jednotlivých pacientů, tak i u konkrétního pacienta v průběhu jeho života. Dle WHO je BAP celosvětově šestou hlavní příčinou vedoucí k celoživotní invaliditě (Thomas, 2016). Je to onemocnění zákeřné a devastující.

„Drama, které vyvolá první psychóza, je obrovské. Pro postiženého je to nepochopitelný všezahrnující zvrát, který ho vymrští do nebevolajících sfér. Pro přátele a rodinu je to čirá tragédie. Člověk, kterého znali, je zničehonic jiný, blázen, doslova blázen, a to dokonalejší, reálnější, trapnější než ve filmech nebo knihách, je šílený jako bezdomovec s vypoulenýma očima, který nadává pouliční dopravě, je pitomý, zblblý, neskutečný. Přítel se stane zničehonic naprostým cizincem.“ (Melle, 2018, s. 56)

2. Současný stav poznání

2.1. Historie onemocnění

Již ve starověkém Řecku, Soranus poprvé použil termín mánie a poukázal na to, že mánie, stavy ztřeštěného blouznění, jsou někdy střídány stavy tzv. melancholie, kdy pacienti pociťují smutek, únavu, slabost a cítí beznaděj. Také popsal stav, kdy pacient cítí hněv i radost zároveň, který je dnes označován termínem smíšená fáze.

Aretaeus z Kappadokie přesněji popsal vztah mezi mánii a melancholií: „Zdá se mi, že melancholie vždy předchází mánii a stává se její součástí“. Popsal euforickou i psychotickou mánii, tak jak je zná současná psychiatrie, a všiml si i sekundárních osobnostních změn (Látalová, 2010).

Díky humanizaci psychiatrické péče v Evropě se začala provádět detailnější klinická pozorování, které vedla k podrobnějším chorobopisům. V roce 1854 byla souvislost mezi dvěma termíny znovu objevena, když Jules Baillarger a Jean-Pierre Falret samostatně prezentovali popisy poruchy. Falret popsal „cirkulující mánii“, Baillarger ji nazval „mání dvojí formy“. Falret si povšiml, že porucha má silný genetický základ (Burton, 2012).

Na počátku 20. stol. Emil Kraepelin popsal jak akutní symptomatologii choroby, tak její dlouhodobý průběh. Německý psychiatr rozlišil onemocnění s progredujícím průběhem a deteriorací, dementia paecox (dnešní schizofrenie), a zavedl termín maniodepresivní psychóza, kam zařadil bipolární poruchy, ale i těžké depresivní stavy u unipolární deprese (Látalová, 2009a).

Významným přínosem Kraepelina pro světovou psychiatrii bylo vytvoření metodologických zásad pozorování. Vytvořil principy validního sledování (Látalová, 2010):

1. Funkce rodinné agregace.
2. Četnost přesmyků z mánie do deprese, a naopak v podmínkách dlouhodobého sledování.
3. Superponované epizody, které jsou v rozporu s osobností pacienta.
4. Depresivní i manické rysy mohou být současně přítomny v jedné epizodě.
5. Ve většině případů periodický průběh onemocnění.

Bipolární afektivní porucha byla v předchozích medicínských klasifikacích označována jako maniodepresivní onemocnění. Koncept bipolarity zahrnuje jak typickou bipolární poruchu (bipolární porucha I) s periodickými výskyty mánie a deprese, tak bipolární poruchu II, která je charakterizována výskytem depresivních a hypomanických fází, nevyskytují se však plně vyjádřené manické epizody. V praxi se pojem Bipolární porucha II málo používá, protože není uveden v klasifikaci MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), ale pouze v americké klasifikaci DSM-IV (Diagnostický

a statisticky manuál duševních poruch). Rozlišení bipolární poruchy I a II je však velmi důležité pro správnou volbu strategie dlouhodobé léčby (Hosák, 2015).

2.2. Epidemiologie

Celoživotní riziko BAP je 1%, pokud zahrneme i tzv. bipolární spektrum, zahrnující cyklotymii a subsyndromální formy, je celoživotní riziko 5% (Látalová, 2010). Celosvětová studie, kde byly zastoupeny všechny kontinenty, zjistila prevalenci poruch bipolárního spektra 2,4%, z toho BAP I 0,6% a BAP II 0,4% (Rowland, 2018).

BAP začíná během prvních dvou dekád života. Průměrný věk první epizody je 18,2 roku. U 25 % nemocných se příznaky vyskytnou před dosažením 20 let. Rozdíl v prevalenci mezi pohlavími u BAP není, na rozdíl od unipolární deprese, která se vyskytuje dvakrát častěji mezi ženami (Hosák, 2015).

2.3. Etiopatogeneze

Jednoznačná příčina BAP není doposud objasněna. V etiologii onemocnění se uplatňují faktory genetické, biologické a psychosociální.

Výskyt onemocnění u dvojčat a rodinné genetické studie prokazují genetickou predispozici. U monozygotních dvojčat se riziko onemocnění pohybuje mezi 40% a 70%, u dizygotních je riziko pouze 14%. U příbuzných prvního stupně je riziko 5-10%, tzn. přibližně sedmkrát vyšší než riziko obecné populace. Genetická vloha je vázána na více genů. Existuje též důkaz sdíleného genetického rizika mezi BAP, schizofrenií a autismem. Bipolární porucha nesleduje přesně Mendelovu strukturu dědičnosti a studie neidentifikovaly jednotlivé geny se silným spojením s poruchou. Genové riziko nastane pravděpodobně v důsledku nukleotidového polymorfismu (Rowland, 2018).

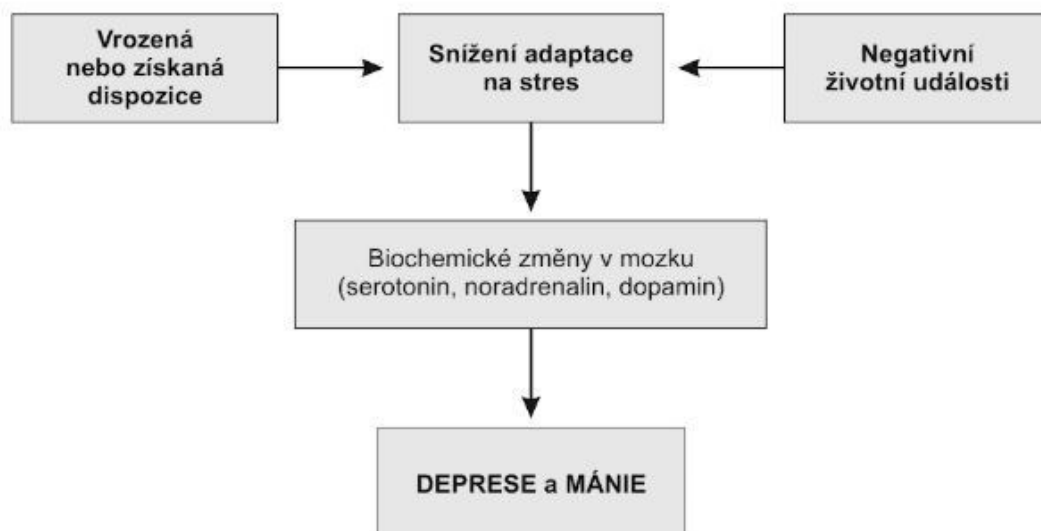
Prokázaná je role neurotransmiterových změn. Je popisována obecná hypotéza popisující nerušení kompenzačních mechanismů. U nemocných neumožňují přiměřenou adaptaci a kontrolování změn vyvolaných vnitřním a vnějším prostředím, a i menší změny vedou k velkým změnám nálady, chování, cirkadiálního rytmu, spánku, neuroimunitních a neuroendokrinních regulací. Nejvýznamněji se na patogenezi podílí změny v neurotransmisi dopaminergní, serotoninergní a GABAergní (Hosák, 2015).

Mezi faktory biologické řadíme užívání návykových látek a alkoholu, které narušují klinickou rovnováhu mozku, nedostatek nebo naopak nadbytek spánku, změny ročního období a užívání antidepresiv.

Na vzniku onemocnění se podílí jak faktory genetické a biologické, tak i psychosociální. Mezi psychosociální faktory řadíme konfliktní vztahy v rodině, ztrátu blízké osoby, traumatizace v dětství, problémy spojené se změnou role jedince v rámci začleňování se do společnosti a chybějící komunikační dovednosti (Anders, 2017).

Vzájemné působení vede k projevům nemoci. Záleží pak na dispozicích, tedy hypersenzitivitě a vulnerabilitě, a na událostech, se kterými si jedinec setká, nakolik jsou pro něj zatěžující, stresující a nakolik je dokáže zvládnout. Kombinace snížení adaptace na stres a postupného rozvoje biochemických změn v mozku vyústí do deprese či mánie (Látalová, 2010).

Nadměrný stres je tedy obvykle spouštěčem BAP. Současné studie prokázaly, že se naše schopnost reagovat na stres se v průběhu života mění. Menší stresy vedou k bezvýznamným výkyvům nálady, postupně však dochází ke zvýšené citlivosti a jedinec později reaguje větší depresí na menší stres (Látalová, 2010).



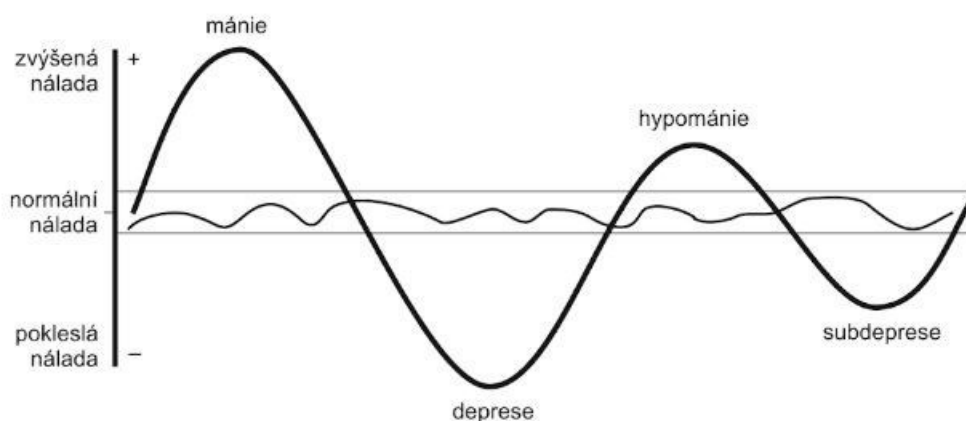
Obrázek 1 Schéma vzniku BAP jako výsledek působení negativních životních událostí (Látalová, 2010)

2.4. Klinický obraz

Pro BAP je charakteristické střídání manických a depresivních epizod, se stavem remise. Remise označuje stav bez známek afektivní poruchy.

2.4.1. Průběh nemoci

U více než 90% nemocných se po první epizodě mánie dostaví další epizoda nemoci. V 60-70% se první manická epizoda objeví bezprostředně před depresivní epizodou nebo po jejím ukončení. 80% nemocných má opakující se epizody, frekvence a tíže epizod se zvyšuje s věkem a počtem předchozích epizod. Manické epizody bývají kratší než depresivní. Neléčená depresivní epizoda trvá 6-12 měsíců, manická v řádu týdnů, výjimečně v měsících (Hosák, 2015).



Obrázek 2 Schématické cyklování nálad u BAP (Látalová, 2010)

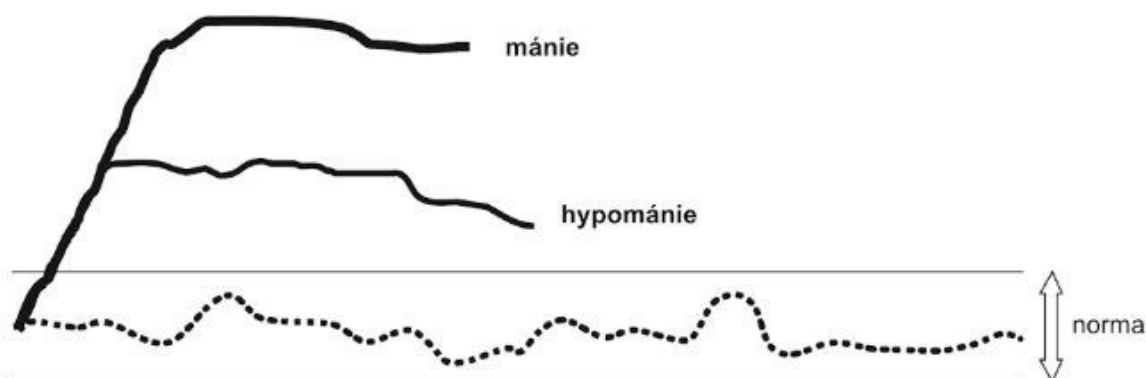
2.4.2. Manická epizoda

Během manické epizody nálada kolísá od povznesené nebo podrážděné až po expanzivní. Pacienti nemají pocit, že by byli nemocní, cítí se skvěle, jak duševně tak psychicky. Jsou šťastní, úspěšní, mají pocit, že jim leží svět u nohou.

Nálada je pro postiženého abnormální a trvá minimálně 4 dny až týden. Abychom mohli stanovit diagnózu, musí být přítomny minimálně 3 další příznaky z následujících: zvýšená aktivita nebo neklid, roztržitost, nesoustředivost, hovornost až myšlenkový trysk, zvýšená sexuální aktivita, snížená potřeba spánku, utrácení, nezodpovědnost, nevhodné chování vystupňované až do riskantního chování, jehož důsledky si dotýčný neuvědomuje, nadměrná familiárnost a zvýšená sociabilita (Raboch, 2001).



Obrázek 3 Běžné kolísání nálady (Orel, 2012)



Obrázek 4 Průběh manické fáze (Orel, 2012)

Zvýšená aktivita nebo neklid

Období mánie je charakteristické zrychlením. Nemocný je nadměrně aktivní, hlučný, chaotický. Pacientův diář je v období mánie celý počáraný, polepený poznámkovými papírky, přeplněný nejrůznějšími činnostmi a úkoly, které však pacient nedokončí a ihned pokračuje na další.

Hovornost až myšlenkový trysk

Myšlení je zrychlené a překotné, může se stupňovat až v myšlenkový trysk. Subjekt mluví rychle a mnoho, stav označujeme termínem logorea. Rychlost myšlenkových pochodů se stále stupňuje, až na tolik, že se subjekt stává neschopným slovně vyjádřit, co ho napadá. Přeskakuje z jednoho tématu na druhé. Ztrácí se determinující tendence (Látalová, 2010).

Zvýšená sexuální aktivita

Pacienti jsou často hypersexuální, navazují snadno sexuální kontakty, díky zvýšenému sebevědomí v manické fázi. Sexuální zběsilost se projevuje nejrůznějším způsobem, promiskuitním chováním, surfování na pornografických webových stránkách, utrácením peněz v sexshopech, ve swingers klubech apod. (Gay, 2010).

„Byl jsem náchylný k sexuálním výstřelkům, což je v období mánie klasika, a v posteli si připadám jako ďábel a zvíře. Konečně mají svého satana, pornohvězdu, okázale jsem se předváděl jako blázen. Byl jsem blázen.“ (Melle, 2018, s. 142)

„Můj sexuální život byl hodně nevázaný. Brouzdala jsem po internetu a scházela jsem se s nejrůznějšími typy lidí. Chodila jsem do swingers klubů, kde se provozuje skupinový sex, na

vyhlášená sexuální místa, do sexshopů. Často se mi stalo, že jsem nepoužila žádnou ochranu. Cítila jsem potřebu milovat se několikrát denně.“ (Gay, 2010, s. 18)

Snížená potřeba spánku

Výrazným příznakem, který pocítí nejvíce rodina pacienta je snížená potřeba spánku. Ráno se pacient probouzí velmi brzo, bez nejmenších problémů a obvykle velmi hlučně. Noci bývají probdělé, muži zůstávají u počítače, kde pracují, surfují, seznamují se, nebo nadměrně hrají online hry. Ženy během noci přerovnávají věci, žehlí, uklízejí a přestavují celý dům (Gay, 2010). I po mnoha probdělých nocích se cítí vitální, mají sníženou potřebu jídla a pití. Manická epizoda je pro organismus velmi náročná, může vést k nejruznějším kolapsům, zvláště pak u somaticky nemocných lidí, kde další onemocnění snižuje odolnost organismu.

„Dle manžela v noci nespala, podupávala, poskakovala, rozsvěcovala svíčky po domě, pak se ustrojila a utekla, vrátila se za 1–2 hodiny.“ (Poláček, 2004, s. 322)

Utrácení, nezodpovědnost

Pacienti se chovají nezodpovědně a utrácí velké množství peněz. Přehnané a nerozvážné utrácení peněz z počátku nemusí být nápadné a pacient ani rodina ho nepokládají za patologické. Je však předmětem sporů v rodině.

„Dělá si s penězi, co ho napadne. Sportovní auto jsme přece nepotřebovali. Účet je přečerpaný a ani nejsou zaplacený všechny výdaje – jak máme vyjít s penězi.“ (Gay, 2010, s. 23)

Někdy pacienti peníze rozdávají lidem, jindy nakupují velké množství nepotřebných věcí, nebezpečí spočívá v uzavírání půjček, nevýhodných ba dokonce podvodných smluv. Dluhy z rozhazovačného stylu života pak rodina musí splácet.

„Z účtu vybral 50 000 Kč a nakoupil za ně celou řadu zbytečností. Manželka se rozčílila, měl z toho legraci a pak k ní byl vulgární. To nikdy předtím neudělal. Rozhodl se, že začne podnikat – bude pěstovat hlemýždě a prodávat je do Francie. Začal shánět pozemek, kde by to realizoval, nicméně vzápětí se rozhodl, že bude vyrábět likéry. Nebo zdravotní nápoje. Nakoupil dvacet beden lahví pro začátek. Možná začne dělat léčitele.“ (Látalová, 2010, s. 23)

Nevhodné chování vystupňované až do riskantního chování

„Jeho manželka se třásla hrůzou, když odjížděl řídit letadlo, skákat padákem, nasedal na sněžný skútr nebo se bez jakékoli lékařské konzultace potápěl, aby mohl prozkoumat lodní vrak. Pavlovi bylo skoro šedesát let, byl tedy ve věku, kdy už touhu po riskantních zážitcích často nahrazují jiné, klidnější aktivity.“ (Gay, 2010, s. 19)

„V Berlíně málem umřu, když uvidím na protilehlém nástupišti v metru známého a udělám absurdní krok směrem k němu a spadnu do kolejíště. Vlak je ale ještě daleko. Ještě jednou málem umřu, když na Warschauer Brücke nedávám pozor na dopravní provoz a málem mě zachytí rychle jedoucí auto.“ (Melle, 2018, s. 156)

V manické fázi hrozí nemocnému největší nebezpečí, neexistuje žádné varování, nebojí se ničeho, a tak se může snadno stát obětí svého onemocnění, jako zdánlivě, z vlastní vůle uvolnit brzdy sebekontroly. Zvýšené riziko lze také pozorovat více v soukromé sféře než v profesionálním nebo společenském životě (Gay, 2010).

Během těžké epizody, jak mánie, tak deprese se mohou rozvinout i další psychické příznaky jako např. halucinace a bludy. Halucinace je kvalitativní porucha vnímání, kdy vnímaný vjem pacientem nemá žádný vnější podnět. Pacient vidí například v prázdné místnosti slona. U bipolární poruchy jsou nejčastěji halucinace sluchové. Blud je poruchou obsahu myšlení. Myšlenka je chorobného původu, nepravdivá a současně nevyvratitelná, nemocný jedná v jejím smyslu, až je rozvracen jeho život. Pro období mánie je typický expanzivní blud, kdy pacient přeceňuje vlastní význam, osobu a schopnosti (Hosák, 2015).

„Že většina mrtvých stále žije, byla zvláště tvrdošíjná představa v mém systému bludů. Smrt byla prostě příliš smutná. Viděl jsem před sebou galerii nemrtvých, měl jsem neotřesitelné podezření, že mnohá úmrtí dotyční mrtví jen předstírají, vždyť sám jsem viděl, jak zničující je být známou osobností.“ (Melle, 2018, s. 145)

„Měl jsem fanatické paranoidní bludy, myslel jsem si, že jsem antikrist, mesiáš nebo oba. Věřil jsem, že zpravodajské kanály mě vysílají v televizi, aby celý svět viděl mesiáše/antikrista v místní nemocnici. Myslel jsem, že všichni lidé v nemocnici mě nenávidí, stejně jako všichni lidé, co sledují zprávy. Měl jsem mnoho sluchových halucinací od kohokoli, přes spolužáky, profesory až Boha.“ (Personal Stories, 2017)

„Mánie, jak už jsem popsal, se u mě pojí s mesiášským bludem, komplexem osvoboditele, který se projevuje i dalšími bizarnostmi. Myslím si pak, že se musím spojit se všemi nemocnými a zapomenutými světa, vždyť jsou nemocní a zapomenutí taky kvůli mně. Musím ztracencům a ztroskotancům, životu odcizeným a životem bitým nabídnout útočiště, i kdyby to bylo jen virtuální, imaginární, ve fiktivním světě, i kdyby to bylo jen slovo, které vyslovím. Může to být i věta, která vzbudí mou pozornost v nějaké knize, v písničce nebo mejlové poště nebo blogu a já u ní vytrvám a v mysli nabídnu pomoc, někdy dokonce skutečně navážu kontakt.“ (Melle, 2018, s. 231)

2.4.3. Hypománie

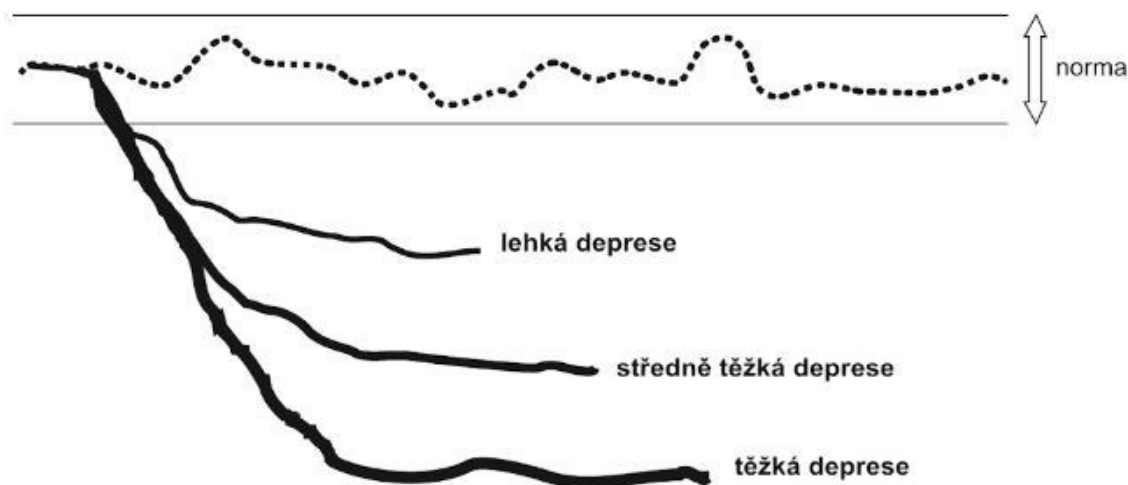
Pokud jsou manické příznaky vyjádřeny v mírnější formě, jedná se o hypománii. Charakteristické pro hypománii je nárůst energie a aktivity. Pacienti jsou výkonní, mají sníženou potřebu spánku, zvýšenou sexuální energii, jsou sociabilní, nenucení a hovorní.

Nemoc pro pacienty nepředstavuje překážku ani v rodině, ani v práci. Nejsou přítomny bludy ani halucinace. Dle diagnostických kritérií by měla trvat nejméně 4 dny, obvykle do týdne mizí. Pacienti většinou léčbu nevyhledávají, protože jim je tento stav příjemný (Látalová, 2010).

2.4.4. Depresivní epizoda

Depresivní epizoda je chorobný stav, který se projevuje depresivními rysy. Intenzita je různá, od lehké depresivní epizody, která může být pouze na subjektivní úrovni, až po objektivně zřejmou, na první pohled patrnou těžkou depresivní epizodu (Raboch, 2001). Nejvyšší úrovně dosahuje depresivní nálada zpravidla ráno, takzvaná ranní pesima.

Mezi příznaky depresivní epizody řadíme: přetrvávající nezvykle smutnou nebo úzkostnou náladu či pocit prázdnoty, pocity beznaděje a pesimismus, pocity viny, neschopnosti a bezmoci, ztrátu zájmu o předtím oblíbené aktivity (včetně sexu), snížená energie, pocit únavy a zpomalení, poruchy soustředění, paměti, rozhodování, neklid a podrážděnost, nadměrná spavost nebo naopak nespavost, změny chuti k jídlu, hubnutí nebo naopak přibývání na váze, chronické bolesti nebo přetrvávající tělesné příznaky, které však nejsou způsobeny tělesným onemocněním nebo poraněním a myšlenky na smrt nebo sebevraždu, sebevražedné pokusy. Pokud je přítomno 5 nebo více z uvedených příznaků po většinu dne po dobu nejméně 2 týdnů, mluvíme o depresivní epizodě (Herman, 2004).



Obrázek 5 Průběh depresivní fáze (Orel, 2012)

1.5 Průběh depresivní fáze

Nálada během depresivní epizody je pesimistická, zoufalá, s pocity beznaděje a bezvýchodnosti. Svět je dotýčným vnímán jen jako odstíny šedé a černé. Pacient se podceňuje, obviňuje sám sebe, připadá si neschopný a k ničemu.

U nemocných se objevují pocity ztráty energie až stavy vnímané jako „ zcela bez energie a vnitřních sil“. Pokles vnitřní energie je provázen ztrátou výkonu, svižnosti a rychlosti i

v úkonech, které dotyční předtím dobře zvládali. Problémy jim dělají i ty nejjednodušší činnosti, jako například oblékání, mytí a nakupování.

„Žila naproti obchodnímu domu, vzpomíná, že i tato krátká vzdálenost byla jednoho dne příliš dlouhá k procházce. Osprchovala se, naličila, ale nemohla odejít z domu. „Stála jsem u okna v ložnici a dívala se na cestu k obchodu a plakala. Cítila jsem se bezmocná a hloupá.“ (Jakel, 2010)

V tomto období je velmi důležitá pomoc milovaných a blízkých osob. Bohužel je to doba, kdy se pacienti cítí nemilovaní, kdy jsou nejméně schopní vrátit lásku a péči blízkým, a tak zkouší i ty nejvytrvalejší pečovatele (Jakel, 2010).

Základním projevem deprese je anhedonie, neschopnost prožívat kladné emoce a city, neschopnost radovat se, těšit se, neschopnost dělat si potěšení. Prožívání událostí, které dříve přinášeli pocit štěstí a radosti, uspokojení, se nyní zdají prázdné. Nepřinášejí nic, vše jako by „šlo mimo“ dotyčného, nic ho pozitivně nezasáhne (Orel, 2012).

Klesá mentální výkon, prodlužuje se reakční čas, zhoršuje se výbavnost paměti. Dochází k problémům s koncentrací, pozorností, a to pacientovo sebepodceňování ještě posiluje. Komunikace s ostatními lidmi je obtížná a pacient se ve vztahu s ostatními cítí nejistě a nepatřičně, popisuje se slovy „jsem jinde“. Člověk se stahuje a straní, vyhýbá se příležitostí setkat se s druhými, nepřináší mu to žádné potěšení, izoluje se (Gay, 2010).

Spánek pacientů během depresivní epizody je nekvalitní, krátký a často přerušovaný. Velmi nepříjemné je obtížné usínání a předčasné ranní buzení. Takto nekvalitní spánek nepřináší potřebný odpočinek, tudíž jsou pacienti přes den nadměrně spaví (Látalová, 2010).

Během deprese je patrná i změna chuti. Především se objevuje snížení chuti k jídlu, které vede k výraznému poklesu hmotnosti. U některých pacientů může být lehká depresivní symptomatika „zajídána“, nebo se můžeme setkat i s hyperfagií (Látalová, 2010).

Dochází k omezení pohybů i mimiky, chůze je pomalá a namáhavá. Deprese je patrná i ve výrazu tváře a sevřeném postavení těla. V obličeji je patrný skleslý výraz, ustrašenost nebo úzkost. Mimika je chudá a charakteristická je Veraguthova řasa, zdvižené obočí v nazální třetině (Dušek, 2005). Gesta jsou nevýrazná až zpomalená, snížená mimika. Často je doprovázena pláčem, ale může se vyskytovat i deprese bez slz, kdy pacienti udávají, že už ani plakat nemohou (Orel, 2012).

„Down, down – down. Už neexistovalo nic, co by mě drželo. Byl u Kottbuské brány byl někoho jiného, všude peří, nešlo se ho zbavit, zřejmě jsem úplně rozřezal lůžkoviny. Knihy byly pryč, čtvrt vyhořelá. Přátelům jsem se vyhýbal. Plížil jsem se do obchodu, asi něco nakoupit, mléko, kolu, čokoládové tyčinky, plížil jsem se zpátky. Pokoušel jsem se trochu uklidit.

„Opět se k neuronálně probíhajícím procesům deprese připojily skličující pocity studu, děsivé vzpomínky na nedávnou minulost. Chtěl jsem se propadnout do země. Chtěl jsem nebýt. Každou hodinu vtíravé myšlenky na sebevraždu, ulpívaly, obepínaly všechny ostatní myšlenky, číhaly za zády, nakonec ztuhly jako temný důvod každého pohnutí.“ (Melle, 2018, s. 168)

V hluboké depresi se mohou objevovat psychotické symptomy, bludy a halucinace. Bludy mohou být mikromanického charakteru, hypochondrické bludy (pacient je přesvědčen, že trpí závažnou tělesnou chorobou), dysmorfofobické bludy (pocit změněné části obličeje nebo celého těla), orgánové bludy (pacient si myslí, že mu některý orgán nebo jeho část chybí) a časté autoakuzační bludy (sebeobviňování) (Dušek, 2005).

„Jsem přecitlivělá tak, že nejsem pomalu ani schopna vnímat, co vidím. Cestou do školy vidím pár metrů před sebou opici, asi orangutana, nebo tak něco. Řvu jak na lesy o pomoc. Po pár sekundách si uvědomím, že je to jenom sedící pes!“ (Deprese dvakrát jinak, 2014)

„Bojím se vody. Kdykoliv projdu kolem zásuvky, tak se bojím sama sebe, že do ní vleju sklenici vody. Bojím se toho, že mamce vhodím do vany zapnutý fén. Bojím se toho, že ji chci zabít! Kde se to ve mně bere, že jsem taková zrůda? Bojím se toho, že na bazéně někdo vhodí ten elektrický stroj, který čistí podlahy do vody a všechny nás to zabije.“ (Deprese dvakrát jinak, 2014)

Největším rizikem spojeným s depresivní epizodou jsou sebevražedné sklony. Riziko sebevražedného jednání narůstá s hloubkou deprese. Když deprese narůstá, stává se tak tíživou, že pacient nabírá dojem, že jediným řešením a vysvobozením je smrt (Dušek, 2005).

2.4.5. Smíšená epizoda

Smíšená epizoda je nejméně 2 týdny trvající stav, charakterizující se směsí nebo velmi rychlým střídáním hypomanických, manických a depresivních příznaků (Hosák, 2015).

2.5. Diagnostika

2.5.1. Důvody k vyhledání léčby

Spontánní vyhledání lékaře je u většiny pacientů s BAP z důvodu deprese. Průzkum Národní asociace pro depresivní a maniodepresivní poruchu National Depressive and Manic-Depressive Association ve Spojených státech zjistil, že 60% pacientů přivedou za doktorem depresivní příznaky. Mezi další důvody vyhledávání léčby patří úzkostné příznaky, problémy se spánkem a abúzus návykových látek. Jen zřídka pacienti vyhledají lékaře v průběhu hypománie. U mánie je to v důsledku tlaku ze strany rodiny, či policie (Herman, 2006).

2.5.2. Stanovení diagnózy

U BAP je složité stanovit správnou a časnou diagnózu onemocnění. Doposud není žádný specifický laboratorní test nebo jiný postup, jak definitivně stanovit diagnózu. Klíčové je rozpoznání příznaků, specifických pro danou fázi v určitém časovém období.

Mnohdy je BAP diagnostikována chybně nebo pozdě. BAP se ve 30-60% případů manifestuje zprvu jako deprese, tudíž přibližně u 40% z nich je nejdříve stanovena depresivní porucha. Prožité hypománii pacienti nepřikládají důležitost a při lékařském vyšetření ji nezmiňují, to je pak důsledkem chybné diagnostiky a následně nevhodné léčby (Látalová, 2010).

Užitečným nástrojem nápomocným k diagnóze BAP mohou být dotazníkové metody, např. Bipolar Spectrum Diagnostic Scale.

Ke zlepšení diagnostiky by se lékař měl zaměřit a aktivně vyhledávat symptomy hypománie. Rysy spíše typické pro BAP než pro depresivní poruchu jsou následující (Látalová, 2010):

- Vznik epizody v mladém věku (dětství; adolescence)
- náhlý, rychlý nástup
- krátké trvání
- anamnéza antidepresivy navozené mánie
- anamnéza poporodní deprese
- přítomnost psychotických příznaků
- přítomnost psychomotorické retardace
- přítomnost atypických příznaků (např. hypersomie)
- přítomnost BAP nebo jiných psychických poruch v rodině.

2.6. Léčba

Základním cílem léčby BAP je ovlivnění symptomů do té míry, která umožní návrat k normální úrovni psychosociálního fungování. V současnosti je trendem volit léčbu založenou na důkazech, tedy léčbu prokazatelně účinnější než placebo v kontrolovaných randomizovaných studiích a s měřitelným efektem. Kombinujeme ji s psychosociální intervencí zaměřenou převážně na minimalizaci destabilizujících faktorů a psychoedukaci zaměřenou na prevenci recidiv. Dle klinického obrazu, individuální snášenlivosti, bezpečnosti a individuální farmakokinetiky volíme léčebný postup u konkrétního pacienta (Češková, 2015).

Léčbu BAP lze rozdělit na akutní fázi léčby a stabilizační a udržovací fázi léčby. Akutní fáze léčby trvá cca 2 měsíce od počátku léčby a jejím úkolem je rychlé řešení depresivních, manických, nebo smíšených epizod. Profylaktická fáze léčby má několik cílů, patří mezi ně

prevence relapsu, léčba subsyndromálních příznaků, snížení rizika suicidia, snížení frekvence cyklování fází a léčba emoční nestability. Udržovací léčba je doporučována již po první manické epizodě, a to především při pozitivní rodinné anamnéze (Látalová, 2012).

Zásadní podmínkou dobrého průběhu BAP a minimalizace jejích dopadů je dlouhodobá či alespoň pravidelná léčba. Je potřeba, aby pacient spolupracoval s lékařem a nevysazoval léky hned po zlepšení stavu nebo dříve, než mu lékař doporučí. Přerušování léčby je spojeno s vysokým rizikem návratu obtíží.

2.6.1. Farmakoterapie

Farmakoterapie je základ léčby BAP a používá se v akutní i udržovací fázi. Během první dekády psychofarmakologické éry, mezi roky 1949 a 1958, byl objeven první stabilizátor nálady, lithium, první antipsychotikum a dvě první antidepresiva. Nebyly standardizované metody, hodnocení účinku probíhalo nestandardizovaným klinickým pozorováním. V následujících letech se postupně zavádějí standardizované metody hodnocení a sofistikované statistické analýzy. Definují se etické principy výzkumu. Vývoj nových psychofarmak je drahý a neziskový, a proto od zavedení lithia nebyla vytvořena žádná specifická látka vhodná pro léčbu BAP (Češková, 2015).

Nejčastěji užívaná psychofarmaka jsou:

Stabilizátory nálady (thymoprofylaktika)

Thymoprofylaktika omezují výkyvy nálady do deprese či mánie. Nejčastěji používanými jsou: lithium, valproát a jeho soli a karbamazepin. Mají vyšší účinnost v oblasti prevence a léčby mánie, nižší v oblasti poklesu nálady.

Lithium je nejstarším lékem v léčbě BP a je účinné ve všech fázích nemoci. Má efekt antimanický, antidepresivní, antisuicidální, augmentační a hlavně preventivní (thymoprofylaktický) (Češková, 2015). Je zlatým standardem v léčbě profylaktické a udržovací fázi. Používá se i v léčbě akutní mánie, ale tam je často potřeba akutnější a rychlejší zásah. Volí se tedy antipsychotika, která účinkují rychleji, nebo kombinace antipsychotik s lithiem. Akutní nebo dlouhodobá léčba lithiem může vyvolat vedlejší příznaky. Náhlé vysazení lithia zvyšuje riziko vzniku manické či depresivní epizody několik dalších měsíců. Pokud je tedy pacientovi nasazeno lithium, měl by ho užívat nejméně další dva roky. Valproát má s lithiem srovnatelnou účinnost, dle randomizovaných, placebem kontrolovaných studií je odpověď v rozmezí 48-53%. U pacientů se smíšenými epizodami je valproát účinnější (Látalová, 2010).

Mezi jejich vedlejší účinky patří (Raboch, 2006):

- lithium – např. únava, závratě, polyurie, polydipsie, tremor, přírůstek hmotnosti, renální dysfunkce hypothyreoidismus

- valproát – gastrointestinální potíže, tremor, zvýšení jaterních testů, přírůstek hmotnosti, problematické, i když ne časté je vypadávání vlasů.

Antipsychotika první (AP1) a druhé generace (AP2)

Tlumí bezúčelnou aktivitu, často zmírňují napětí i úzkost a upravují poruchy myšlení a vnímání. AP2 vykazují dobrý antimanický efekt, jsou většinou lépe snášena než AP1 a také mají výrazně rychlejší nástup účinku. V neposlední řadě přibývají důkazy o jejich účinnosti v jednotlivých fázích BAP. Některá nepůsobí hyperprolaktinémii a související sexuální dysfunkce (aripirazol, quetiapin). Přínos atypických antipsychotik (např. olanzapinu) je především v profylaktické léčbě.

Haloperidol je klasickým lékem pro léčbu akutní mánie, jelikož redukuje psychotickou somatologii a především tlumí agitovanost a agresivitu. Při jeho podání je však velmi častý výskyt extrapyramidové symptomatologie a dochází i ke zvýšení prolaktinémie (Látalová, 2010).

Antidepresiva

Působí při střednědobém (týdny až měsíce) užívání úlevu při depresivních epizodách. Podávání antidepresiv bez současně podávaného stabilizátoru nálady se nedoporučuje, protože existuje velké riziko přesmyku do opačné polarity.

Hypnotika

Hypnotika pomáhají navodit fyziologický spánek (mohou se podávat při manických i depresivních epizodách, pokud jsou doprovázeny nespavostí) (Zemanová, 2017).

Jednotlivá psychofarmaka se podávají buď v monoterapii (tzn. kombinaci léků z jedné skupiny), nebo v kombinaci léků z různých skupin. Kombinace mají při akutní léčbě rychlejší účinek. Při udržovací léčbě pak účinněji zabraňují relapsům nebo alespoň významně prodlužují dobu do nástupu další epizody. Ovšem vyšší účinnost může být provázena vyšším rizikem nežádoucích účinků.

V léčbě akutní mánie je tedy první volbou lithium, valproát a antipsychotika, preferujeme AP2. V léčbě deprese je první volbou monoterapie lithiem, lamotriginem, quetiapinem a v kombinaci olanzapin a SSRI, lithium/valproát a SSRI/bupropion. První volba při udržovací léčbě je prezentována lithiem, lamotriginem, valproátem, olanzapinem, quetiapinem, aripirazolem, ziprasidonem (tento jako adjuvantní léčba) a depotním risperidonem. Volba se odvíjí od typu iniciační a převažujících fází. V prevenci mánie je účinnější lithium, valproát a antipsychotika AP2, v prevenci deprese lamotrigin, proto je výhodná a relativně častá kombinace lithia a lamotriginu (Češková, 2015).

2.6.2. Psychoterapie

Současně s medikamentosní léčbou je vhodná individuální, skupinová či rodinná terapie. Je doloženo, že psychoterapie přispívá ke zvýšení stability nálady a snížení počtu hospitalizací. Způsob a frekvenci psychoterapeutických intervencí je třeba upravit dle individuálních potřeb a zvláštností každého pacienta.

- Rodinně zaměřená behaviorální terapie - psychoedukace, nácvik sociálních dovedností a nácvik řešení problémů.
- Interpersonální terapie a léčba sociálních rytmů (pacienti s BAP bývají méně emočně labilní, pokud udržují pravidelné vzorce denní aktivity)
- Monitorování prodromálních symptomů.
- Kognitivně behaviorální terapie - nácvik sociálních dovedností, nácvik řešení problémů), které pomáhá nemocným naučit se změnit nevhodné myšlenkové postupy a modely chování.

2.6.3. Psychoedukace

Psychoedukace má nezastupitelný význam, spočívající v co nejpřesnějším předávání informací o nemoci samotným nemocným i jejich blízkým. Tyto informace pomáhají nejen včas rozpoznat návrat onemocnění, ale i následně se co nejlépe vyrovnat s jeho průběhem, a tím například snížit napětí v rodině.

2.6.4. Elektrokonvulzivní terapie (ET)

V některých případech nejsou farmakoterapie, psychosociální léčba a jejich kombinace dostatečné, protože určitá část pacientů netoleruje udržovací léčbu psychofarmaky nebo je vůči ní rezistentní. Pak bývá zvažována ET, která je velmi účinná v léčbě těžkých depresí i mánií. Ovšem byly pozorovány i nežádoucí účinky, a to především poruchy paměti. I přestože jsou u současných postupů ET tyto nežádoucí účinky minimalizovány, je vždy nutné zvažovat přínosy a rizika takové léčby a konzultovat je s nemocným i s rodinou.

2.7. Relaps onemocnění a jeho důsledky

Studie u 82 ambulantních pacientů zjistila, že riziko relapsu mánie nebo deprese je během pěti let udržovací terapie 73%. Dvě třetiny relabujících pacientů má opakované relapsy. Nezbytné pro dlouhodobou léčbu u duševních onemocnění je prevence relapsů a včasná intervence u prodromálních stádií. Relaps komplikuje další průběh onemocnění a snižuje terapeutickou odpověď. Jeho efekt se projevuje strukturálními změnami mozku a také

zvyšuje psychickou zátěž nemocných i jejich rodin. Rozpoznání prodromů má klíčový význam (Mohr, 2012).

2.7.1. Varovné příznaky mánie

- Snížená potřeba spánku a zvýšení aktivity (až u 40%)
- Zrychlená řeč
- Více nápadů a plánů
- Přeceňování schopností, zvýšené sebevědomí
- Zvýšená konzumace alkoholu, cigaret, drog
- Utrácení peněz
- Netrpělivost, podrážděnost, hádavost
- Navazování kontaktů
- Pocit, že jsou ostatní pomalí nebo hloupější
- Excesy (pokuty za rychlou jízdu, hazard, sex na jednu noc, návykové látky)

2.7.2. Varovné příznaky deprese

- Smutek, lítost
- Úzkost
- Pocit prázdnoty
- Snížený zájem o zájmy a okolí
- Únava, pocity „bez jiskry“
- Výčitky
- Pocit, že ostatní jsou rychlejší, schopnější
- Ospalost přes den, poruchy usínání, neschopnost dospat rána, potíže s ranním vstáváním
- Podrážděnost, napětí
- Potíže s pamětí a pozorností
- Stížené rozhodování

Dle provedených studií nejméně 50%, ale možná až 92% pacientů rozezná prodromy. Velmi důležité je informovat a edukovat pacienty a jejich blízké (Látalová, 2012).

2.8. Psychiatrická péče

2.8.1. Etika v psychiatrii

Na psychiatrii se zdravotnický tým mnohdy dostává do nepříjemné situace. Sdílejí shodné základní etické ideály s ostatními zdravotníky (soucit, věrnost, dobročinnost, důvěryhodnost, čestnost, integrita, vědecká a klinická dokonalost, společenská odpovědnost a úcta k člověku). Psychiatrická péče je však navíc propojena s dalšími etickými požadavky. Psychiatři mají pomoci pacientovi, aby neublížoval sobě ani svému okolí, ale zároveň být schopni respektovat jeho odmítání pomoci, terapie i hospitalizace (Ptáček, 2011).

2.8.2. Etické a právní problémy

Medicínský paternalismus

Nadřazené postavení lékaře se stírá, pacient má stále více autonomie. Díky rozvoji medicíny, novým přístupům a léčebným metodám, které vyžadují volbu pacienta, se nyní pacienti více podílejí na léčení a volí pro sebe nejlepší možný způsob. Lékař se stal průvodcem a rádcem. Mnohdy je těžké rozhodnout, zda je lepší uplatnit autoritativní paternalismus či profesionální partnerství. V psychiatrii stále převažuje paternalismus, který se opírá o tyto etická zdůvodnění (Petr, 2014):

- Není porušen respekt k autonomii pacienta, protože pacient není schopen být autonomní.
- Je povinností psychiatra činit ve prospěch pacienta a předcházet případnému poškození pacienta, které by v případě nečinnosti hrozilo.
- Každý zásah do autonomie může být ospravedlněn na základě přínosu užitku pro pacienta.

Stigmatizace

„Stigma lze obecně charakterizovat jako proces označování, související jak se společenským vylučováním a odmítáním stigmatizovaného, tak s vlastními pocity studu, které u stigmatizovaného pramení z nepříznivého sociálního úsudku o vlastní osobě či společenské skupině. Tento úsudek bývá založen na určitém rysu, který souvisí s identitou, jednáním, vzhledem či zdravotním stavem, je společností považován za nenormální a legitimuje tak určité zvláštní jednání (např. vylučování). Stigma se od racionální ochrany společnosti liší tím, že má iracionální základ a vede k diskriminaci“. (Janoušková, 2016, s. 8)

Dle britského psychiatra Grahama Thornicrofta konceptualizace stigmatu v psychiatrii má tři základní elementy (Horáček, 2017):

- Nevědomost
- Předsudky
- Diskriminaci

Psychicky nemocný člověk se musí jednak vypořádat se svým onemocněním, se svým zhoršeným zdravotním stavem, ale navíc musí překonat stigmatizující postoje a negativní stereotypy. Výzkumy prokázaly, že stigma může být pro dotyčného větší překážkou než onemocnění samotné. Dalším negativním důsledkem je pozdní vyhledání odborné pomoci. Dle výzkumu NUDZ a IRNES na otázku „Nevadilo by mi (se) s lidmi s duševní nemocí?“ odpovědělo (Horáček, 2017):

- 18% žít
- 25% pracovat
- 31% bydlet v sousedství
- 34% kamarádit

Se stigmatizací veřejnou souvisí i sebestigmatizace, která vznikne, pokud dotyčný zná společenské předsudky o dané skupině, začne s nimi souhlasit a vztáhne je sám na sebe. Dle studie (Miroslava Hajdy) adherence k léčbě u ambulantních bipolárních pacientů statisticky významně negativně souvisí s mírou sebestigmatizace pacienta (Hajda, 2015).

„Je těžké bojovat s psychickým onemocněním, protože kromě toho, že se člověk musí naučit vycházet sám se sebou, je tu ještě okolí, které bohužel pro takovéto druhy onemocnění nemá moc pochopení. Pro mě bylo tohle vždycky nejtěžší. Když vyjdete z psychiatrické léčebny, tak máte jakési stigma - „je to magor“. Lidé neví, co si myslet, někteří jsou opatrní a citliví, ale jsou i tací, kteří mě mají za hypochondra a lenocha. Jak to, že nedokážu dojít na úřad, když všichni ostatní to zvládají? Nikomu se nechce brzo vstávat, ale všichni musí, tak proč já se vymlouvám na nějaké psychické potíže? Musím se přiznat, že sama někdy podléhám tomu, že jsem vlastně úplně normální a jen si nalhávám, že se mnou něco je“. (Chrudinová, 2017)

Etický přístup k vážně duševně nemocným

Práce zdravotnického personálu je velmi náročná, jak z hlediska fyzického, tak psychického. Během své služby se personál setkává s pacienty, kteří často nespolupracují, mohou být agresivní, odmítaví, bývají k personálu nedůvěřiví, nedodržují společenské normy chování a hygienická pravidla. Je tedy velmi důležité, aby zdravotníci vždy respektovali pacientova práva, volili odpovídající přístup a zacházeli s pacientem důstojně (Petr, 2014).

Nedobrovolná hospitalizace

Podmínky pro umístění a držení v psychiatrickém zařízení můžeme nalézt v Listině základních práv a svobod, tak i v Evropské úmluvě o ochraně lidských práv. Podrobnější podmínky lze nalézt v §38 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Hospitalizace bez souhlasu je dle tohoto zákona možná při kumulativním naplnění těchto podmínek (Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR, 2015):

- Pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí.
- Pacient jeví známky duševní poruchy, touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky.

- Hrozbu ze strany pacienta nelze odstranit jinak.

Dle § 104–110 občanského zákoníku a § 66–83 zákona o zvláštních řízeních soudních každé převzetí do péče zdravotnického řízení bez souhlasu musí být přezkoumáno nezávislým soudem. Nedobrovolná hospitalizace musí být ohlášena do 24 hodin od přijetí pacienta (Petr, 2014).

Použití omezovacích prostředků

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách upravuje pravidla pro používání omezovacích prostředků. K omezení volného pobytu lze použít tyto prostředky (Mach, 2018):

- Úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem.
- Omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty.
- Umístění pacienta v síťovém lůžku.
- Umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu.
- Ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohyb horních končetin pacienta.
- Psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy.

Omezovací prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití.

Poskytovatel je povinen informovat srozumitelně pacienta o důvodech použití, informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce, sdělení zákonnému zástupci zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Pacient po dobu použití omezovacích prostředků musí být pod odpovídajícím dozorem zdravotnických pracovníků a musí být přijata opatření zabráňující poškození zdraví pacienta. Použití indikuje vždy lékař. Ve výjimečných případech může použití indikovat i jiný zdravotní pracovník nelékařského povolání, který je přítomen, lékař však musí být o takovém použití neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení (Mach, 2018).

2.8.3. Přístup k agresivním pacientům

Jedním z důležitých úkolů psychiatrické sestry je rozpoznání signálů předznamenávající neklidné a agresivní chování. Neklid je stav zvýšené pohybové aktivity. Projev mírných forem je zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání. Výrazný neklid se projevuje násilným chováním. Agrese je dle všeobecně známé Moyerově definici charakterizována: „*Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu*“. (Látalová, 2013)

Projevy agresivního chování

Zkušená psychiatrická sestra si všímá neverbálních projevů pacienta, které mohou odhalit pozdější agresivní chování. Sledování varovných signálů je velmi důležité k rozpoznání rizika, předcházení rozvoji a zajištění bezpečnosti jak pro pacienta samotného, tak pro jeho okolí. Příkladem významných neverbálních projevů jsou výhrušná a jinak nápadná gesta, podupávání, náznaky kopnutí, upřený pohled do očí nebo naopak vyhýbání se očnímu kontaktu, nedodržování společenského odstupu, vstupování do „bezpečné zóny“ druhého člověka, bouchání či kopání do zařízení místnosti, práskání dveřmi, svírání pěstí, vědomé či nevědomé ukazování zaťaté pěsti, agresivní úšklebky, zrudnutí vzteky nebo naopak nápadné zblednutí, nervózní pomrkávání se záškuby a bezcílné přecházení sem a tam (Petr, 2014).

Agresivita u BAP

Látalová uvádí, že v klinické praxi lze očekávat u jedné čtvrtiny pacientů rozvinutí agresivního chování. Riziko roste s abúzem psychoaktivních látek nebo komorbidní poruchou osobnosti (Látalová, 2013).

Komunikace s pacientem

Prvním krokem je navázání verbálního kontaktu s pacientem. V lehčích případech může správná komunikace stačit k úspěšnému zvládnutí situace. V těžších situacích vede k částečnému zklidnění před nástupem léků. Vždy musí zdravotnický personál dodržovat následující opatření (Vevera, 2007):

- Nebýt sám s pacientem v uzavřené místnosti.
- Nabídnout pacientovi, aby se posadil, lékařský personál by měl být vždy blíže ke dveřím.
- Odstranit z dosahu pacienta nebezpečné předměty.
- Dodržovat bezpečnou vzdálenost, tj. větší než délka natažené paže.
- Vyvarovat se prudkým gestům a pohybům.
- Poskytnout pacientovi prostor, aby verbálně vyjádřil své představy, myšlenky a pocity.
- Vysvětlujeme, co děláme, nabízíme možné změny a alternativní řešení.
- Kontrolujeme své neverbální signály, měli bychom se vyvarovat veškeré naléhavosti a konfrontace, volíme zásadně nekonfrontační přístup.

Zásadní je zvolit vhodnou formu verbální komunikace. Tomáš popisuje zásady správné komunikace s agresivním pacientem (Petr, 2014):

- Mluvit klidným, vyrovnaným hlasem.
- Používat krátké, srozumitelné věty, vždy je důležité ujistit se, zda pacient rozuměl, v jedné větě podat pouze jednu informaci, důležité informace několikrát zopakovat.
- Nebýt naléhavý a nedočkavý, dopřát pacientovi dostatek času.

- Nepouštět se do zbytečných konfrontací s pacientem.
- Sdílet pacientovi své pocity.
- Vyjadřovat nesouhlas s chováním pacienta, nikoli však s ním jako s osobou.
- Eliminovat nadbytečné podněty, s pacientem komunikuje jeden zdravotník, nejlépe ten, kterého dotyčný nejlépe snáší, ostatní zdravotníci zůstávají poblíž, neměli by do kontaktu vstupovat.
- Nabídnout pacientovi „time out“, dát mu čas na klidném tichém místě, kde by mohl strávit několik minut o samotě.
- Nedaří-li se konflikt zvládnout, řešením může být přístup jiného kolegy.

Mezi další nefarmakologická opatření patří redukce vnějších stimulů, například tlumené světlo, tichá místnost a vypnutí telefonu (Vevera, 2007).

Vhodnou farmakologickou léčbou ke zvládnutí akutní agresivity jsou injekční atypická antipsychotika. Pro dlouhodobější léčbu je lepší kombinace atypických antipsychotik a stabilizátorů nálady (Látalová, 2013).

2.8.4. Přístup k suicidálnímu pacientovi

Suicidalita

„Sebevražda je úmyslným ukončením života – dotyčný si smrt přeje a aktivně se podílí na ukončení svého života.“ (Orel, 2012, s. 83) Sebevraždu můžeme dělit na sebevraždu bilanční a patickou. Sebevraždu bilanční spáchá dotyčný bez narušení jeho psychického stavu, jedná se o „racionální“ zhodnocení situace. Situace vedoucí k sebevraždě bilanční jsou například nález zhoubného onemocnění, finanční krach nebo úmrtí blízké osoby. Sebevražda patická je spáchána pod vlivem duševní choroby, například vlivem BAP nebo schizofrenie a dalších onemocnění.

Mezi nejčastější metody realizace sebevraždy u hospitalizovaných pacientů patří oběšení, udušení, pořežení a předávkování. Prevalence sebevraždy hospitalizovaných pacientů na psychiatrii je 100-400 případů, tedy 0,1 – 0,4% (Žaludek, 2018).

Riziko suicidia u bipolární afektivní poruchy

Zvýšená mortalita u bipolárních pacientů vzniká z tzv. nevyhnutelných příčin nebo z příčin, kterým lze předcházet. Sebevražda je nejčastější příčinou, které lze předejít. 50% pacientů se během života pokusí o nejméně jednu sebevraždu a 8-19% ji s úspěchem dokoná (Látalová, 2015). Ve srovnání s běžnou populací je riziko sebevraždy u bipolárních pacientů vyšší asi 20 krát (Látalová, 2009b).

Dle prospektivní studie 290 bipolárních pacientů prováděné v Barceloně je riziko sebevražedného chování podobné u pacientů s bipolární poruchou I. typu a II. typu. Riziko se zvyšuje přítomností anamnézy smíšených manicko-depresivních stavů (Látalová, 2015).

Nejsilnější prediktor je sebevražedné chování v minulosti. Mladší pacienti sebevraždu páchají častěji. Riziko zvyšují dále vysoká míra vnitřního nebo vnějšího hněvu, subjektivní pesimismus, deprese a pocity absence důvodů proč žít (Látalová, 2015).

Nebezpečnější bývá období zmírnění těžké deprese, kdy má dotyčný více energie, aby provedl sebevraždu (Látalová, 2009b). Ovlivňujících faktorů je mnoho a jsou heterogenní povahy. Jejich různorodost je v praxi zdrojem nejistoty. V individuální péči hrají roli faktory, které uvádí následující tabulka.

Proměnné spojené s průběhem nemoci
časný nástup onemocnění
sexuální zneužívání v dětství
časté hospitalizace v anamnéze
těžká depresivní epizoda v anamnéze
Fenomenologie
smíšená epizoda, dysforická mánie
pocity beznaděje
nízké sebevědomí
Přítomnost suicidálních myšlenek během depresivní fáze
závažnost deprese a anxiety
agresivita/impulzivita
Komorbidita
abúzus alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek
poruchy osobnosti (typ B dle DSM IV-hraniční, histriónská, narcistická)
obezita
nikotinismus
Suicidium v rodinné anamnéze
stres
problémy v zaměstnání
nedávno prožitá nepříznivá událost
sexuální nebo fyzické násilí
konflikty s příbuznými nebo životními partnery

Obrázek 6 Rizikové faktory (Látalová, 2009b)

Dle statistické metody byly vytvořeny dva okruhy prediktorů suicidálního chování. Rizikovými faktory v tzv. časně fázi, 2 měsíce po zvládnutí epizody, jsou rodinná anamnéza sebevraždy, hostilita a komorbidní hraniční porucha osobnosti. Později v tzv. následné fázi jsou rizikovými nízký věk, vysoké skóre hostility, proběhlý suicidální pokus v anamnéze, pesimistické vyhlídky a málo životních stimulů. Velmi významným faktorem je hostilita, která se objevuje v obou fázích (Látalová, 2009b).

Suicidální vývoj

Profesor E. Ringel popsal skupinu příznaků, které předcházejí sebevražednému jednání, tzv. Ringelův presuicidální syndrom, který zahrnuje (Petr, 2014):

- Zúžení subjektivního prostoru

Dotyčný má pocit zavalení, nevidí žádné východisko z dané situace. Cítí úzkost, beznaděj, zoufalství a bezmoc, ztrácí schopnost svoje emoce regulovat. Uzavírá se i vůči vztahům. Hodnoty, které mu doposud dávaly smysl, jsou nyní bezcenné. Nedokáže se radovat, těšit se.

- Zablokovaná nebo proti sobě obrácená agresivita

Stále víc si pacient myslí, že za svůj současný vztah může jen on sám svou neschopností a méněcenností. Obrací proti sobě hněv a dostává se až k nenávisti sebe samého.

- Naléhavé sebevražedné fantazie

Z počátku jsou sebevražedné myšlenky vágní, nekonkrétní a dotyčný je zahání, brání se jim. Postupem času nabírají myšlenky na síle a dotyčný se jim přestává bránit, ale stále je spíše pasivní. Představy mu začínají přinášet úlevu, ukončení trápení, jeví se jako jediné možné řešení. Pokud se dotyčný definitivně rozhodne, jak provede sebevraždu, dostaví se uklidnění, které okolí to může vnímat jako zlepšení.

Hodnocení suicidálního rizika

Prvním krokem je pojmenování sebevraždy, kdy slovní náznaky mohou být buď přímé anebo nepřímé. Pokud pacient sebevraždu naznačuje, zpravidla očekává přímou otázku, zda myslí na to, že by tady nebyl. Pokud to potvrdí, ptáme se přímou otázkou „Myslíte na sebevraždu?“. Je velmi důležité pro pacienta pojmenování jeho myšlenek, vyslovení jeho nápadu nahlas. V případě, že se jedná o suicidální myšlenky, ptáme se, zda má nějaký plán. Sebevražedný plán je jedním z nejzásadnějších kritérií závažnosti stavu. Pokud plán zatím nemá, zpravidla nehrozí bezprostřední riziko. Pokud plán má, hodnotíme u něj čtyři základní složky: letalita metody, dostupnost prostředků, promyšlenost detailů a příprava na smrt (Praško, 2006).

Pro zhodnocení rizik je klíčové komplexní klinické vyšetření psychiatrem a vstupní ošetřovatelské vyšetření. Vhodným doplněním mohou být standardizované škály: Hodnocení rizika sebevražedného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk) a další.

Péče o suicidálního pacienta

Sledování pacienta ošetřovatelským personálem

Od vstupního vyšetření se pak odvíjí úroveň dohledu nad pacientem. Britský model uvádí čtyři základní úrovně dohledu (Petr, 2014):

- Úroveň 1: všeobecné sledování

Ošetřující personál musí mít povědomí o tom, kde pacient je a co dělá. Sestra by si za svoji směnu měla alespoň jednou s pacientem popovídat a zhodnotit jeho duševní stav. Toto

opatření se týká soběstačných pacientů, u nichž nehrozí riziko agrese proti sobě ani ostatním.

- Úroveň 2: přerušované sledování

Každých 30 minut je pacient ošetřujícím personálem zkontrolován a je zhodnocen jeho stav. Do této skupiny patří nestabilní pacienti, pacienti s agresivními projevy v minulosti, není u nich aktuální riziko sebepoškozování či agrese.

- Úroveň 3. blízké sledování

Pacient je pod neustálým dohledem personálu.

- Úroveň 4: speciální sledování

Pacient je pod celodenním dohledem, kdy by měl být u něj personál na dosah paže. Indikací je vysoké riziko sebevražedného chování, vážné nebezpečí pro spolupacienty či vysoké riziko útěku.

Vstupní filtr

Jedna z předních kořenových příčin umožňující dokončení sebevraždy u hospitalizovaných pacientů na lůžkových odděleních je bezpečnostní prostředí. Nejčastěji je nedostatkem nedostatečné zabezpečení vybavení (potenciální místa pro uchycení smyčky) a materiály, potenciálně nebezpečné k sebepoškození (rozbité zrcadlo, okno, dlaždice) (Žaludek, 2018).

Z provedeného výzkumu akutních psychiatrických oddělení v roce 2017 vyplývá, že největším problémem je technické zabezpečení, např. nedostatek postelí, které jsou zabezpečeny proti uchycení smyčky a odlamovatelných klik, nedostatek rozvodů vody a nádob na vodu, které jsou chráněny proti uchycení smyčky. Dalším bodem je činnost personálu a detekce rizika. Na všech pracovištích se řídí seznamem nepovolených věcí a ve většině případů kontrolují dle seznamu pacienty a návštěvy. Ne všude odebírají opasky a tkaničky od bot, což je vzhledem k nejčastější příčině – udušení, riskantní. Závažným problémem je i pravidelné přehodnocování zjištěného rizika. Pouze 14,29% pracovišť se řídí standardizovaným přehodnocením před překladem pacienta a 28,57% přehodnotí riziko před propuštěním, i přes to, že jsou to kritické úseky se zvýšeným rizikem dokončení sebevraždy (Žaludek, 2018).

Farmakologická intervence

V prevenci sebevražedného jednání se nejvíce jeví jako vhodná antidepressiva, díky neprokázanému antisuicidálnímu efektu u bipolárních pacientů a u vnímavých jedinců mohou dokonce sebevražedné myšlenky posilovat. Jasně prokazatelný antisuicidální efekt má lithium. Nejlepším řešením se jeví kombinace farmakoterapie a psychosociální intervence, kam patří psychoedukace, kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie sociálních týmů a rodinná terapie (Látalová, 2009b).

2.8.5. Organizace

Sesterské organizace

Nelékaře pracující v oblasti psychiatrie sdružuje Psychiatrická sekce České asociace sester. Pomáhá rozvoji psychiatrického ošetřovatelství, tak i ošetřovatelské péči jako celku, zvyšováním kvality ošetřovatelské péče a posilováním role psychiatrických sester. Její činnosti zahrnují tvorbu standardů ošetřovatelské péče, tvorbu vzdělávacích programů pro sestry, organizaci konferencí a odborných seminářů, podílení se na vzniku učebnic psychiatrického ošetřovatelství a odborných příruček. Organizace je od roku 2006 aktivním členem Evropské asociace psychiatrických sester Horatio a úzce spolupracuje se slovenskými psychiatrickými sestrami. Svým členům zasílá pravidelně informace o pořádaných akcích, zvýhodněnou účast na akcích, vydání sborníků přednášek atd. (Petr, 2011).

Pacientská organizace

Organizace Vida je organizací podporující rozvoj uživatelského hnutí a proces destigmatizace osob s duševním onemocněním. Mezi její cíle patří organizace kulturních a společenských akcí, poskytování sociálních služeb a dalších integračních, rehabilitačních a vzdělávacích programů pro osoby s duševním onemocněním nebo zdravotním postižením, podporování výchovy a vzdělávání veřejnosti v oblasti duševního zdraví a péče o duševně nemocné lidi, poskytování poradenství v oblasti integrace osob se zdravotním postižením, zejména duševním onemocněním a mnoho dalšího (VIDA, co dokážeme, 2017).

3. Použité metody

3.1. Případová studie

Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum pomocí případové studie, charakterizovaný podrobným popisem a rozbořením jednoho nebo několika málo případů. Základní výzkumnou otázkou u případové studie je, jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny porovnávaných případů. Jde o detailní studium jednoho případu, zachycení složitosti případu, popis vztahů v jejich celistvosti. Cílem případové studie je důkladné prozkoumání jednoho případu, které napomáhá lépe porozumět jiným podobným. (Hendl, 2016)

3.2. Metodologie

V první části bakalářské práce jsem shrnula teoretické poznatky na vybrané téma, které byly vyhledány na základě vypracované rešerše v Národní lékařské knihovně a v databázích PubMed, Medline, Embase a Medvik. Teoretické poznatky o daném onemocnění jsem se snažila obohatit opravdovými příběhy lidí trpící BAP pro přesnější popis onemocnění, jejich skutečnými zážitky, pocity a obavami. Životní příběhy jsem čerpala z knih, vědeckých článků a internetových diskuzích. V části druhé, praktické, jsem vypracovala kazuistiku vybraného pacienta trpícího BAP. Použila jsem ošetrovatelský model dle Hildegard Peplau. Informace jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace a rozhovoru s pacientem i se zdravotnickým personálem. Při tvorbě práce byly dodrženy všechny etické aspekty.

3.3. Ošetrovatelský model dle Hildegard Peplau

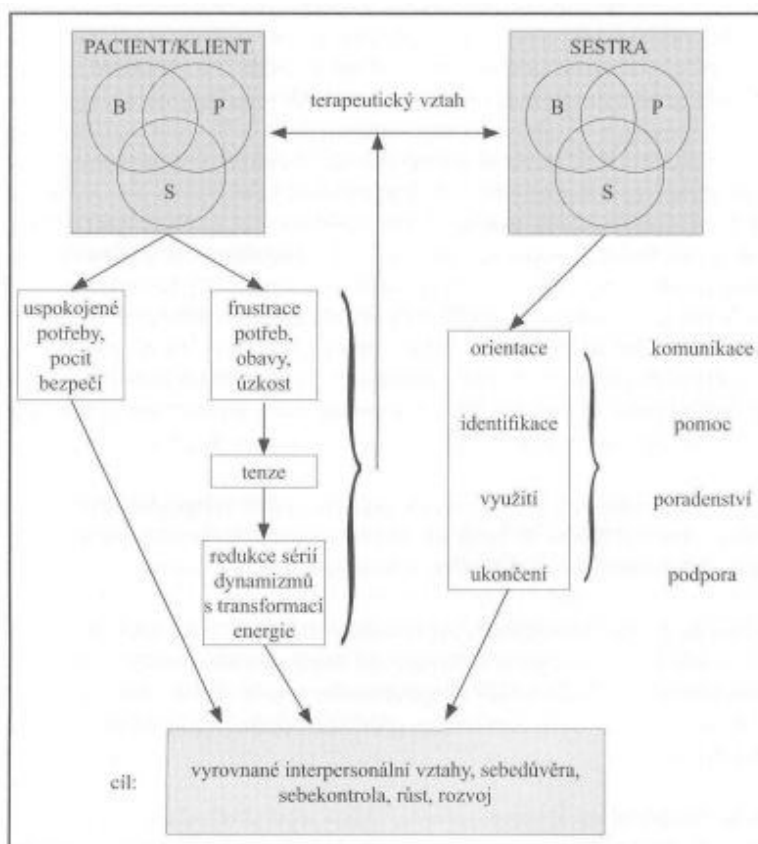
Dle Hildegard Peplau je ošetrovatelství interpersonální proces, který zahrnuje interakci mezi dvěma a vícero jednotlivci se společným cílem. Mezi sestrou a pacientem je terapeutický vztah. Společně identifikují problém, který trápí pacienta a zaměří se na jeho řešení. Přístup k řešení pacientova problému je u obou odlišný, díky jedinečnosti jejich osobností i jejich odlišnou zkušeností. Každý jedinec je ovlivněn kulturou, prostředím, zvyky, hodnotami a přichází s předpojatými myšlenkami, které pak ovlivňují jeho vnímání. Během budování vztahu vzájemnou spoluprací, poznáváním a komunikací směřují k vyřešení problému. Hildegard Peplau definuje ošetrovatelství jako edukační nástroj a sílu k prohlubování pokroku v konstruktivním a produktivním životě. Je to zkušenost, která umožňuje, poznávat sebe, jakož i jiné osoby, které jsou součástí interpersonální činnosti (Farkašová, 2006).

Vztah mezi sestrou a pacientem je charakteristický čtyřmi fázemi: orientace, identifikace, využití, ukončení. Sestra se s pacientem setkává, od této chvíle se vyvíjí jejich terapeutický vztah a začíná fáze orientace. Pacient má potřebu vyhledat profesionální pomoc. Úkolem sestry je zjistit oblast, ve které je potřeba pacientovi pomoci. Pomáhá pacientovi objasnit a pochopit jeho problém. Ve fázi identifikace si sestra a pacient vzájemně ujasní představy a

očekávání. Vytváří se pracovní vztah, přesnější identifikace problémů i snazší rozhodování o jejich řešení. Pacient může být zcela pasivní, autonomní, nebo aktivně spolupracující, ale částečně závislý na sestře. Během fáze využití pacient kontroluje situaci a využívá dostupné služby podle svých potřeb a možností. Sestra pacienta podporuje v identifikaci jeho pocitů, emocí, myšlenek a chování s cílem maximálního zapojení pacienta do sebeděče. Finální částí je fáze ukončení, kdy jsou pacientovi potřeby naplněny a terapeutický vztah je tudíž u konce (Pavlíková, 2005).

Role sestry se během fází interpersonálního vztahu mění (Farkašová, 2006):

- Učitel – osoba odevzdávající potřebné vědomosti.
- Zdroj – osoba poskytující specifické informace, které pomáhají chápat problém nebo novou situaci.
- Poradce – osoba pomáhající druhým poznávat, čelit, akceptovat a řešit problémy související se schopností žít šťastněji.
- Lídr – osoba vedoucí proces určení a udržení cílů skupiny /zdravotnických pracovníků).
- Technický odborník – osoba poskytující odbornou péči, využívající klinické zručnosti a přístroje.
- Advokát – osoba zastávající postoj někoho jiného.



Obrázek 70obrázek 4.3 – Grafické znázornění modelu Hildegard Peplau

Psychodynamické ošetřovatelství Hildegard Peplau vychází z teorie amerického psychiatra Harryho Stacka Sullivana, zakladatele interpersonální teorie psychiatrie, podle kterého je chování motivované dvěma základními hnacími silami: snahou po uspokojení a snahou o bezpečí. Pokud nejsou naplněny, vzniká stav tenze. Tenze dělíme na: tenze spojené s potřebami, které vznikají tehdy, když je frustrované jejich uspokojování a na tenze spojené s úzkostí, které vznikají tehdy, když není možné naplnit snahu o bezpečí (Pavlíková, 2005).

Cílem ošetřovatelských intervencí během terapeutického vztahu je dosažení vyrovnaných interpersonálních vztahů pacienta, jeho sebedůvěra, sebekontrola, růst a vývoj (Pavlíková, 2005).

4. Případová studie

Pro tvorbu kazuistiky jsem si vybrala pacientku trpící BAP ve fázi mánie, proto se celá tato část zaměří na ošetrovatelskou péči o manické pacienty.

Žena ve věku 65 let s diagnostikovanou BAP ve fázi manické bez psychotických symptomů. Pacientka byla hospitalizovaná na oddělení 3 týdny, po tuto dobu jsem sledovala její vývoj, ošetrovatelskou péči o ni a zapojovala se aktivně do ošetrovatelských intervencí. Dále byla předána na jiné oddělení na doléčení.

4.1. Základní údaje o pacientovi

Pohlaví: Žena

Věk: 65 let

Stav: vdaná

Důvod přijetí: Dekompenzace stavu do obrazu dysforické mánie

Hospitalizace: Přijata k 5. hospitalizaci na zdejší psychiatrickém oddělení. Naposledy byla hospitalizována v roce 2007, vždy ve fázi manické. Dříve hospitalizována i v jiných zařízeních. Důvodem hospitalizace dekompenzace stavu do obrazu dysforické mánie po nepravdivém užívání medikace. Od svých 16 let se pacientka potýká s onemocněním. V minulosti má za sebou dlouhodobou léčbu s mnoha hospitalizacemi v nejrůznějších zařízeních. Od roku 2007 byla stabilizovaná, docházela do ambulance za svým lékařem. Po 12 leté remisi se se svým ošetřujícím lékařem dohodli na změně medikace kvůli velkému příbytku na váze. Vysazení medikace ji navodilo do týdne manickou fází, se kterou se dostala na zdejší uzavřené psychiatrické oddělení.

4.2. Anamnéza

4.2.1. Vstupní záznam

Příjem

Přivezena RZP v 6:40

Rodina informována: ano

Plánování propouštění

Péči v domácím prostředí zařizuje: rodina

Duchovní služba

Ne

Fyziologické funkce

Krevní tlak: 131/71

Pulz: 75

Tělesná teplota: 36,2 °C

Hmotnost: 103 kg

Výška: 156 cm

BMI: 42,32

Kontakt

Ztížený

Psychický stav

Orientace: orientovaná

Emoce: rozružený, podrážděná

Kontakt se specialistou: ne

Dýchání

Dušnost: není dušnost

Spánek

Narušený: ano

Jak: budí se v noci

Alergie

Ne

Bolest

Ne

Významný handicap

Ne

Kompenzační pomůcky

Brýle, kontaktní čočky

Vyprazdňování

Problémy s močením: ne

Problémy se stolicí: ne

Kůže

Dekubity: ne

Výživa

BMI: 42,32

Obezita: ano

Edukace

Edukace pacienta

potřeba: ano

ochota: ano

schopnost: ano

Edukace blízkých pacienta

Potřeba: ano

Ochota: ano

Schopnost: ano

Informační proces: práva pacienta: částečně

identifikace: ano

domácí řád a vnitřní řád: částečně

Rizika

Barthelův test základních všedních činností

Skóre: 100

Stupeň závislosti: nezávislý

Stupnice pádu Morse

Skóre: 0.0

Riziko: běžná ošetrovatelská péče

Riziko agrese

Skóre Broset Violence Checklist: 2

Přítomnost dvou a více faktorů: 6

Riziko Suicidálního pokusu Nurses Global Assessment of Suicide Risk

Skóre: 6

Skóre 0 až 7: úroveň rizika nízká

Kouření, Fageströmův test nikotinové závislosti

kuřák: ano

Skóre: 6

Úroveň závislosti: vysoká závislost

4.3. Zhodnocení stavu pacienta

4.3.1. 1.den hospitalizace

Ze zdravotnické dokumentace a rozhovoru s ošetřujícím personálem jsem se dozvěděla, jak probíhal první den hospitalizace, kdy jsem ještě nebyla přítomna na oddělení.

Pacienta byla přivezena na oddělení přes Urgentní příjem v 6.40 hodin. Nechtěla personálu odevzdat své osobní věci. Patientka je manická, nespolupracuje, rezonanční při každém nevyhovění žádosti. Zvýšeným hlasem se dožadovala svých věcí, které z důvodu bezpečnosti nemůže mít u sebe. Protestovala, že nemůže kouřit. Běhala po chodbě v černých brýlích, které si odmítala sundat z důvodu, že má dvoubarevné oči. Těžko usměrnitelná. Zcizovala ostatním pacientkám jídlo. Nepamatovala si, že měla snídani a opakovaně se jí dožadovala. Zapomínala, že měla uvařenou kávu v jídelně, hledala ji a vyptávala se na tuto informaci několikrát personálu. Po podání ½ tbl 2 mg Rivotrilu krátce usnula. Poté byla pacientka rozčilená, že manžel nedokáže přijít na návštěvu. Chtěla kouřit. Naléhala na uvaření již třetí kávy během dvou hodin. Odmítala polední medikaci, její ošetřující lékař byl informován. Odpoledne byla rezonanční, těžko usměrnitelná a velmi vulgární. Pobíhala po chodbě nahá a nadávala na manžela. V doprovodu personálu byla odvedena na pokoj a byla jí podána neklidová injekce (2 amp Haloperidolu a 1 amp Rivotrilu). Patientka poté vstala a pobíhala zase na chodbě. Byla manická, hovorná, těžko odklonitelná a každých 5 minut byla na sesterň. Patientka brala ostatním pacientům hrnky a pila jejich kávu. Odmítala večerní medikaci, těžko odklonitelná a po dohodě s ošetřujícím lékařem jí byla podána neklidová injekce. Večer byla stále manická, těžko odklonitelná a naléhavá na kontakt, ale již ne agresivní a vulgární. Opakovaně spustila alarm. Díky polékovému útlumu a únavě užila noční medikaci, byla převléknuta do noční košile a uložena na lůžko. Spala klidně až do 6:10 hodin.

Medikace

Nicorette classic gum 2MG MDN 105

Indikační skupina: varia

min á: 2 hod. max: 6 KUS denně

PO fakult KUS

Lithium carbonicum Slovakofarma 300MG TBL NOB 100

Indikační skupina: antidepresiva

PO 1-0-3 TBL

Olanzapin Mylan 10MG POR TBL DIS 28X1

Indikační skupina: antipsychotika

PO 0-0-0-1 TBL

Rivotril 2MG TBL NOB 30

Indikační skupina: antikonvulziva

neklid, tenze 0,5 tbl, max 3 tbl navíc k pravidelné medikaci

PO 0,5-0,5-0,5-1 + fakult TBL

Letrox 50 MCG TBL NOB 100

Indikační skupina: hormony štítné žlázy

PO 1-0-0 TBL

Haloperidol Richter 5MG/ML INJ SOL 5X1ML

Indikační skupina: antipsychotika

min á: 6 hod max: 2.00 INJ denně

psychologický neklid 2 amp Haloperidol i.m + 1 amp Rivotrilu i.m

Rivotril 1MG/ML INJ SOL 5+5X1ML

Indikační skupina: antikonvulziva

neklid, odmítání PO medikace 1 amp i.m

Nicorette Invisipatch 25MG/16H TDR EMP 7

Indikační skupina: varia

LOC 1-0-0 KUS

4.3.2. 4. den hospitalizace

Ráno ve 4 hodiny přivolala sestru křikem. Chtěla okamžitě na záchod a na personál řvala, že ji málo drží a že spadne. Riziko pádu stále je, ale doposud pád nebyl. Od té doby pacientka už neusnula, střídavě se věnuje močení na záchodě („vymočila jen vrchní proud, ještě musí střední a spodní“, dokud to nepůjde, nejde si lehnout), stolici („jsem ucpaná stolicí, jedla jsem hořkou čokoládu a teď stolice ucpala tu díru a nemůžu močit“), manželovi telefonuje ve 4:30 hodin a objednává si sardinky a mléko. Personál dirigovala a vyprávěla historky. Po celou dobu byla vulgární, ale ne agresivní. Během dne byla paranoidní, mezitím co je v nemocnici ji chceme vykrást byt. Léky užila, stále chodila po oddělení a velmi často na sesternu. Odpoledne ji navštívil manžel. Chovala se k němu bez nápadnosti, slušně. Večer pacientka byla velmi naléhavá na kontakt, občasné tendence k rezonanci, špatně odklonitelná. Ve 23:00 byla uložena do lůžka a okamžitě usnula. V 1:30 se vzbudila, byla hluchá a stále byla na sesterně s nejrůznějšími požadavky. Medikaci při nespavosti razantně odmítla. Svlékala se do naha, naléhala na kontakt a do rána už neusnula.

4.3.3. 8. den hospitalizace

Pacientka stále naléhala na kontakt a neustále se dožadovala pozornosti. Při okamžitém nevyhovění používala vulgarizmy. Riziko pádu stále přetrvává z důvodu polékového útlumu. Byl aplikován glycerinový čípek dle ordinace lékaře z důvodu nedostatečného pocitu vyprázdnění. Byla provedena celková koupel za asistence personálu. Pacientka byla stále manická, hluchá a hůře odklonitelná. Odpoledne byla venku na zahradě v doprovodu personálu. Měla návštěvu manžela a bratra. Po večerní medikaci si pacientka sedla mimo židli, spadla a bouchla se do zad. Byla sepsána mimořádná událost a přivolán lékař. Pacientka byla v pořádku.

4.3.4. 12. den hospitalizace

Pacientka byla stále naléhavá na kontakt a spolupracovala podle nálady. Neustále byla v pohybu a má velký strach o svůj byt a manžela. Telefonovala na policii, dle ordinace lékaře ji byl odebrán mobil. Proběhlo interní konzilium. Odpoledne byla na zahradě s personálem a měla návštěvu manžela. Večer byla pacientka klidná a vyhledávala kontakt s personálem, špatně odklonitelná, náladu nadnesenou, sledovala televizi a chodila po oddělení. Uspala kolem 23. hodiny a spala do rána.

4.3.5. 16. den hospitalizace

Během dne byla stále manická, v nadnesené náladě. Emoce výrazně kolísaly během dne. Byla obtížně odklonitelná, ojediněle verbální agresivita, po které se sama zklidnila a byla schopna sebereflexe. Odpoledne byl aplikován glycerinový čípek na zácpu s efektem. Byla na procházce a měla návštěvu přítele. Byla u ní nalezena neotevřená láhev alkoholu (hájila se tím, že byla pro lékaře), krabička cigaret a zapalovač. Sledovala TV a chodila po oddělení. Pro bolest zubů podána 1tbl Ibuprofenu 400 mg s efektem. Uspala kolem 23. hodiny. Chůze pacientky byla místy nestabilní – riziko pádu. V noci spala.

4.3.6. 20. den hospitalizace

Pacientka stále udávala bolest zubu, ale analgetika odmítla. Probudila se ve 3:30 hodin a byla doprovozena na WC. Zpátky do lůžka se vrátila neochotně. Byla naléhavá na kontakt, měla stoupající požadavky, hůře odklonitelná a mnohomluvná. Chtěla kouřit. Ve 4:20 podána Nicorette Gum. Pacientka byla vulgární a hlučná. Chůze stále po ránu těžkopádná s mírným předklonem, bez pádu. Pacientka stále trvala na požadavku odjet k zubaři. Nálada pacientky stále nadnesená, místy náznaky rezonance ohledně telefonování. Stěžovala si na bolest zubu, a tak byla odeslána na vyšetření. Stále byla naléhavá na kontakt, měla hlučnější projev. V průběhu dne měla velké výkyvy nálad. Odpoledne byla na zahradě. Vzala si sama mobil na sesterně a odmítala ho vrátit. Místy byla vulgární. Byla poučena při propouštění o dodržování léčebného režimu, významu užívání léčiv a postupu v případě dekompenzace psychického stavu.

4.3.7. 21. den hospitalizace

Ráno bylo pacientce vše sbaleno a byla podána medikace na úzkost dle ordinace lékaře a ranní léky. Pacientka byla klidná, v dobré náladě a smířená s překladem do psychiatrické nemocnice. Pacientka spolupracovala, vtipkovala. Posádce sanitky byly předány osobní věci a pacientka byla přeložena s doprovodem.

4.3.8. Fáze modelu dle Hildegard Peplau

Fáze orientace

Pacientka byla hospitalizována na uzavřenou část oddělení nedobrovolně pro nebezpečí vůči sobě a okolí. Během prvních dnů byla nespolupracující, hlučná, vulgární, neusměrnitelná a byly u ní přítomny bizarnosti v chování. S pacientkou jsem se setkala, v druhé polovině její hospitalizace, kdy již její stav nebyl tak akutní a byla klidnější. S odstupem času si byla vědoma svého neadekvátního chování s odstupem času. Po jejím souhlasu jsem s ní hovořila a sledovala její další vývoj. Informace jsem čerpala z velké části z rozhovoru s pacientkou, její rodinou a zdravotnickým personálem a též ze zdravotnické dokumentace.

Fáze identifikace

Pacientka byla nadšená z mé přítomnosti. Byla ráda, že si může s někým promluvit. Byla otevřená, hlučná a vulgární. Během rozhovoru byla orientovaná osobou, místem a situací, časem nepřesně. Naléhala na kontakt, nedodržovala intimní zónu. Její verbální komunikace byla místy nesouvislá, plná vulgarizmů s poruchou operativní paměti. Otevřeně mluvila na téma jejího onemocnění, péče o ní a jejích pocitů. Pacientka má velké štěstí, že ji podporuje manžel, který ji každý den navštěvoval. Na jeho návštěvy se velmi těšila. Staral se o ni a věřil, že se brzy vrátí do ambulantní péče. Pacientka o své nemoci věděla, ale nepřikládala jí velký význam. Velmi často mi jmenovala slavné osobnosti, které BAP také trpí a zvládají normální všední život. Nechápala, proč má zůstat v nemocnici, když to nepotřebuje.

Fáze využití

Pacientka ví, že je nemocná, ale hospitalizace už není nutná a chce jít domů. Do ošetrovatelského procesu se zapojuje zřídka. Během dne si občas uvědomí pravidla oddělení a denní režim a podle něho se zachová, ale po zbytek dne se řídí jen podle své nálady a svých pocitů a nebere ohledy na ostatní. Ve druhé polovině hospitalizace pacientka dbala na svůj vzhled a hygienu a pomáhala personálu během realizace. Nejvíce ji trápí, že si nemůže zakouřit, když si na to vzpomene je vulgární na personál a dožaduje se okamžitě cigaret. Má starost o manžela, jak to zvládá sám doma.

Fáze ukončení

Na konci našeho terapeutického vztahu jsme probraly pacientčino onemocnění a její další možnosti po propuštění. Pacientka je rozhodlá v léčbě pokračovat a znovu se vrátit do ambulantního léčení.

4.4. Plán péče

Ošetrovatelská péče o manického pacienta vyplývá z klinického obrazu onemocnění a způsobu léčby. Základem je do co největší míry snížit stimulace a rozptylování pacientů a

nepodporovat je v jejich rozjařenosti. Ošetrovatelský tým by měl zvolit jasnou strategii přístupu k pacientovi a stanovit hranice kontaktu s pacientem a postupovat vždy jednotně. Snažíme se, aby pacient dodržoval režim oddělení v rámci svých možností (Petr, 2014).

4.4.1. Ošetrovatelská péče ve fázi mánie

Mezi nejvýznamnější ošetrovatelské problémy u bipolárních pacientů v době mánie patří narušená struktura dne. Je u nich narušený režim příjmu potravy, doba spánku a odpočinku. Cílem ošetrovatelského personálu je obnovení narušených biorytmů. Pacienti nevnímají základní rozdělení dne, objevují se problémy s pravidelným příjmem potravy během snídáně, oběda a večeře.

Ošetrovatelský personál musí pacientům jídlo připomínat a hlídat je během jídla. Manický pacient může sníst dvě sousta a pak, nadšeným novým nápadem, se může vyhnout do nové činnosti a k jídlu se už nevrátit, nebo může jídlo rozdávat ostatním pacientům. Dobré je ve spolupráci s nutričním terapeutem vymyslet vhodnou úpravu jídla, která je nejlepší pro pacienta. Může vzniknout i opačný stav, kdy dochází k přejídání a tím může dojít k somatickým komplikacím. Ošetrovatelský personál tedy kontroluje stav výživy a zapisuje do dokumentace.

Dalším důležitým aspektem, který se sleduje u pacientů, je stav hydratace. Pacienti se mohou přepíjet, nebo naopak mohou příjem tekutin zanedbávat a pak se zvyšuje riziko zvýšené lithémie v séru s toxickými příznaky (Petr, 2014). Hladiny lithia v séru by se měla pohybovat v rozmezí 0,6 – 1,2 mmol/l, v závislosti na tom, zda se jedná o léčbu či profilaxi. Intoxikace je pravděpodobnější pokud jsou hodnoty vyšší, při hladinách nad 1,5 mmol/l, projevy předávkování se mohou projevovat i při nižších hodnotách. Pokud je překročena hladina 2,0 mmol/l, jedná se o život ohrožující stav. Symptomy intoxikace se projevují zpravidla náhle a jsou reverzibilní, pokud se užívání lithia zastaví ihned. Jedná se o tremor (jemný, predilekčně na prstech rukou), příznaky encefalopatie (snížený stupeň vědomí, poruchy paměti, dezorientace, dysartrie a hypoprosexie), syndrom Creutzfeldt-Jakobovy demence (demence, mutismus, hypomimie, rigidita, parkinsonismus, myoklonie, primitivní reflexy) nebo pseudotumor CNS (bolesti hlavy, papiledém, zvýšený intrakraniální tlak. Může dojít i k nevratným následkům cerebrálního typu poškození (ataxie, dysartrie) (Látalová, 2010).

V oblasti sebepéče jsou pacienti laxní. Jsou soběstační, ale nemají potřebu hygienické návyky dodržovat. Součástí péče o pacienty je tedy připomínat a dohlížet na výměnu jejich oblečení a hygienu.

Během hospitalizace pacienta sestra nesleduje pouze psychický stav, ale kontroluje i somatický stav pacienta. Je důležité, aby pacienti dodržovali chronickou medikaci.

Důležitým úkolem ošetrovatelského personálu je stálé opakování a kontrolování dodržování pravidel společenských a pravidel daného oddělení. Samozřejmě pacienti v akutní fázi mánie toho nejsou zcela schopni, ale je důležité jim to stále opakovat a kontrolovat je, aby se co nejvíce přiblížili k dodržování pravidel. Pacienti jsou neklidní a naléhaví na kontakt. Stále vchází na sesternu a nechtějí dodržovat intimní zónu při kontaktu s druhým člověkem. Objímají personál, klidně sestru plácnou po zadku. S každým mluví velmi familiárně a přerušují konverzaci ostatních. Je potřeba, aby je ošetrovatelský personál stále hlídal a připomínal jim, že to dělat nemají. Mají mnoho přání a při jejich neplnění mohou být agresivní, buď slovně, nebo může dojít až k brachiálnímu násilí. Personál nemocnice s pacienty musí mluvit klidně a stále jim vysvětlovat, proč jejich přání nemůže splnit a vyvarovat se agresivitě ze strany pacienta.

4.4.2. Ošetrovatelské diagnózy

Porušený spánek – nespavost související s manickou fází

Cíl: Pacientce se zkrátí doba usínání, bude spát celou noc a nebude se budit brzo ráno.

Plán: Usměrnovat pacientku a připomínat ji režim během dne. Podávat medikaci dle ordinace lékaře a kontrolovat její užití.

Realizace: Pacientka byla pravidelně informována, kolik je hodin a co se bude v daný okamžik dělat. Ošetrovatelský personál ji pomohl s hygienou a byla ji podána medikace. Pacientka byla převlečena do košile a uložena do lůžka. Kontrolována.

Hodnocení: V prvních dnech byl spánek velmi nepravidelný a pacientka převážnou část noci nespala. 12. den hospitalizace pacientka usnula před půlnocí a spala až do rána.

Během hospitalizace se její stav zlepšil a díky pravidelné medikaci se spánek během noci prodlužoval.

Nedostatečný výživa – nedostatek výživy z důvodu aktuálního onemocnění

Cíl: Zajistit adekvátní výživu pacientky.

Plán: Kontrolovat stav výživy pacienta, sledovat jeho příjem potravy a zaznamenávat do zdravotnické dokumentace.

Realizace: Ošetrovatelský personál pacientce pravidelně jídlo připomínal. Edukoval pacientku. Po dohodě s nutričním terapeutem zvolili vhodnou úpravu jídla. Pacientka byla sledována při jídle a byly vedeny záznamy do zdravotnické dokumentace o výživě.

Hodnocení: Dohled ošetrovatelského personálu během jídla byl nutný. Pokud se pacientce jídlo připomínalo, jedla dobře. Průběžně byla zajištěna adekvátní výživa.

Stanovené cíle tedy byly splněny.

Deficit tělesných tekutin – nedostatečná hydratace z důvodu základního onemocnění

Cíl: Zajistit adekvátní hydrataci pacientky.

Plán: Kontrolovat stav hydratace, sledovat příjem tekutin a zaznamenávat do zdravotnické dokumentace.

Realizace: Ošetřovatelský personál pacientce pravidelně pitný režim připomínal. Edukoval ji. Pacientka byla sledována během dne a byly vedeny zápisy ve zdravotnické dokumentaci o stavu hydratace.

Hodnocení: Díky neustálému dohledu ošetřovatelského personálu se podařilo zajistit adekvátní množství tekutin. Stanovené cíle byly splněny.

Deficit sebedpěče při hygieně - deficit sebedpěče z důvodu trvání manické epizody

Cíl: Obnovit hygienické návyky.

Plán: Zajistit aby pacient dbal na svoji hygienu a obnovil si své hygienické návyky.

Realizace: Pravidelně bylo pacientce připomínáno, aby dbala na hygienu a při jejím vykonávání byla kontrolována.

Hodnocení: První polovinu hospitalizace pacientka na svoji hygienu a úpravu svého zevnějšku neměla čas a ani to pro ni nebylo důležité. Personál ji musel ve všem pomáhat a nabádat k činnosti. Od druhé poloviny se její zájem zvýšil a pacientka se snažila sama upravit vlasy a více dodržovala hygienická pravidla. Stanovené cíle byly splněny.

Neefektivní léčebný režim – neefektivní léčebný režim z důvodu nezájmu o léčbu

Cíl: Pacientka se bude začleňovat do léčebného režimu.

Plán: Zdůraznit důležitost léčby a zapojit pacienta do psychoedukace.

Realizace: Pacientce bylo vysvětleno, proč je na oddělení a zdůraznila se důležitost léčby. Ošetřovatelský personál s trpělivostí odpovídal na všechny dotazy.

Hodnocení: I přes stálé opakování a zdůrazňování důležitosti léčby pacientka nemá potřebu se do léčebného režimu zapojovat. Jeví se jí to jako zbytečné. Stanovené cíle splněny nebyly a je potřeba do této oblasti dále zasahovat.

Bezpečnost – riziko pádů – riziko pádu z důvodu polékového útlumu

Cíl: Zajistit bezpečné prostředí pro pacientku a snížit tím co nejvíce možné riziko pádu.

Plán: Zajistit bezpečné prostředí, zajistit dohled nad pacientem a edukovat ho.

Realizace: Pacientka byla pod neustálým dohledem ošetřovatelského personálu, bylo zajištěno bezpečné prostředí (vhodná obuv, dostatek osvětlení, upravené prostředí) a proběhla edukace pacienta.

V prvních dnech hospitalizace byla pacientka velmi aktivní, neustále se pohybovala po oddělení. Byla jí podána medikace na uklidnění. Pacientka byla pod neustálým dohledem.

Hodnocení: 8. den hospitalizace po večerní medikaci si sedla mimo židli, spadla a bouchla se do zad. Byla sepsána mimořádná událost a přivolán lékař. Pacientka byla v pořádku.

Dále během hospitalizace byla chůze pacientky místy nestabilní. Žádný pád, ale již nenastal. Stanovené cíle byly splněny.

Komfort – akutní bolest – snížený komfort z důvodu bolesti zubu

Cíl: Odstranit bolest zubu.

Plán: Zajistit studený obklad na zmírnění bolesti a případně podat analgetika. Při neustávající bolesti zajistit kontrolu u stomatologa.

Realizace: Pacientce byl podán studený obklad a analgetika.

Hospitalizace: Pacientka 18. den hospitalizace udává bolest zubu a chce za svým stomatologem. Byl ji podán studený obklad a analgetika. 20. den hospitalizace stále udávala bolest zubu a byla tedy odeslána na vyšetření. Následující den již bolest ustoupila. Stanovené cíle byly splněny.

5. Diskuse

V bakalářské práci se zabývám charakteristikou onemocnění a jeho specifiky v ošetrovatelské péči, převážně ve fázi manické. Jedná se o onemocnění celoživotní, které sebou nese velká úskalí jak pro nemocného a jeho rodinu, tak pro ošetrovatelský personál.

V teoretické části práce jsem se snažila, co nejpřesněji popsat onemocnění. Do práce jsem vkládala přímá svědectví od lidí trpící touto nemocí. Čerpala jsem z autobiografické knihy německého spisovatele Thomasse Melleho. Kniha mě velmi uchvátila, protože autor se nebojí o své nemoci otevřeně mluvit, popisuje ji a snaží se ji čtenáři co nejvíce přiblížit, dát ji konkrétní podobu a tvar. Dále z knihy francouzského psychiatra Christiana Gaye, který ve své knize doplňuje výklad o příklady ze života bipolárních pacientů. Oporou při tvorbě mi byla odborná literatura a vědecké články.

V praktické části se zaměřuji na ošetrovatelské intervence u pacientky trpící BAP v manické fázi. Je to období, kdy se nálada z běžné mění na povznesenou až expanzivní. Bipolární pacienti jsou velmi aktivní, hovorní, ale i roztržití a nesoustředění. Mají sníženou potřebu spánku a zvýšenou potřebu sexuální činnosti. Mohou být i nezodpovědní a jejich chování může být nevhodné až riskantní. Toto chování sebou nese velká úskalí během pobytu v nemocnici a vyžaduje specifický přístup a ošetrovatelskou péči. Před nástupem na odbornou stáž na psychiatrické oddělení jsem absolvovala přednášky z psychiatrie a o této nemoci se některé informace dozvěděla. Dále pro lepší porozumění onemocnění a pro sepsání teoretické části bakalářské práce jsem využila odbornou literaturu a vědecké články. Pro hlubší porozumění psychiatrickému ošetrovatelství jsem čerpala informace převážně z knihy Ošetrovatelství v psychiatrii od Tomáše Petra. Během mé stáže na oddělení jsem byla velmi mile překvapena přístupem personálu k pacientovi. Byli na pacientku velmi milí, klidní a trpěliví. Ověřila jsem tedy, že teorie je uplatňována i v praxi.

BAP je onemocnění, které se projevuje jak epizodou manickou, tak i epizodou depresivní. Během které má pacient přetrvávající nezvykle smutnou nebo úzkostnou náladu či pocit prázdnoty, pocity beznaděje a pesimismus, pocity viny, neschopnosti a bezmoci. Dochází ke ztrátě zájmu o předtím oblíbené aktivity (včetně sexu), ke snížení energie, pocitu únavy a zpomalení, poruchy soustředění, paměti, rozhodování, neklid a podrážděnost. Nebezpečné, jak pro pacienta, tak pro ošetřující personál jsou myšlenky na smrt nebo sebevraždu, sebevražedné pokusy. V akutní fázi onemocnění tedy řešíme nejvíce pacientovo bezpečí, dále pak uspokojování jeho základních potřeb. U pacienta může také propuknout somatické onemocnění, o které pacient vlivem sníženého pocitu prožívání a sociální izolace nemluví a personálu se nesvěří (Petr, 2014).

Ošetrovatelský personál musí být jak u pacienta v období mánie i v období deprese velmi pozorný a vnímavý. Bedlivě sledovat pacientovo chování, jeho verbální i neverbální komunikaci, a tak předcházet nežádoucím událostem.

Během mé praxe na psychiatrickém oddělení se mi velmi líbil vztah mezi pacientem a ošetřovatelským personálem. S vybranou pacientkou jsem se snažila vytvořit si terapeutický vztah. Navázat rozhovor s pacientkou nebylo těžké, protože už při vstupu na oddělení jsem byla pacientkou rychle vyhledána a s velkou radostí přijata. Měla velkou radost, že si může popovídat. Otevřeně se mnou mluvila o svém životě, onemocnění a o jejích pocitech. Při rozhovoru byla orientovaná osobou, místem a situací, časem nepřesně. Naléhala na kontakt, nedodržovala intimní zónu. Její verbální komunikace byla místy nesouvislá, plná vulgarizmů s poruchou operativní paměti. Své onemocnění si uvědomovala, ale jeho léčbě v současné chvíli nepřikládala velký význam. Do ošetřovatelského procesu se zapojovala zřídka. Chtěla jít domů za manželem a zakouřit si venku. Pacientka se na mé další návštěvy těšila, ale její stav nebyl zcela dobrý pro navázání silnějšího vztahu. Po třech týdnech na uzavřeném oddělení byla přeložena do jiné psychiatrické nemocnice, která je uzpůsobena pro dlouhodobější hospitalizaci a kde léčení pacientky bude pokračovat. Zde by silnější terapeutický vztah byl reálnější.

V průběhu tvorby bakalářské práce jsem se dozvěděla jak náročné je toto onemocnění. Jak boj s ním je celoživotní. A proto obdivuju všechny, kteří se s tímto onemocněním léčí.

6. Závěr

Bakalářská práce ve formě případové studie je zaměřená na ošetrovatelskou péči o pacientku s BAP. Cílem práce bylo vystihnout charakter onemocnění a popsat specifickou ošetrovatelskou péči u bipolárního pacienta.

V teoretické část jsem popsala onemocnění jako takové, jeho epidemiologii, etiopatogenezi, klinický obraz, diagnostiku a léčbu. Dále jsem popsala důležité aspekty psychiatrické péče.

V části praktické jsem formou případové studie popsala 3 týdenní hospitalizaci pacientky v průběhu manické fáze na uzavřeném psychiatrickém oddělení. V práci jsem se zaměřila na specifika ošetrovatelské péče a hlavní úskalí, která se vyskytují při hospitalizaci manického pacienta. Jeho chování je velmi ovlivněno nemocí, a tudíž je to výzva pro ošetrovatelský personál. Chování pacienta velmi ovlivňuje a zasahuje život jeho rodiny a blízkých. Proto jsem vytvořila informační leták, který může pomoci při komunikaci blízkých s pacientem. Jedná se o 11 doporučení jak pomoci blízkým lidem zvládat manickou fázi, která sepsali pacienti oslovení organizací International Bipolar Foundation.

Přínosem bakalářské práce je teoretické shrnutí poznatků o daném onemocnění, doplněné o prožitky pacientů, soupis ošetrovatelských intervencí u manického pacienta a vytvoření informačního letáku pro osoby blízké. Přála bych si, aby se díky této práci zkvalitnila informovanost veřejnosti o BAP.

7. Seznam použité literatury

About Bipolar Disorder, 2014. *International Bipolar Foundation* [online]. [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: <http://ibpf.org/about-bipolar-disorder>

ANDERS, Martin, 2017. Čím je způsobena bipolární porucha?. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/poruchy-nalady/cim-je-zpusobena-bipolarni-porucha/>

Bipolar disorder, 2016. *National Institute of Mental Health* [online]. [cit. 2019-03-22]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>

BURTON, Neel, 2012. A Short History of Bipolar Disorder. *Psychology Today* [online]. [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/hide-and-seek/201206/short-history-bipolar-disorder>

ČEŠKOVÁ, Eva, 2015. Současné a perspektivní možnosti farmakoterapie bipolární poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 111(4) [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1032>

Deprese dvakrát jinak: 2., 2014. *Bipolární porucha* [online]. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.bipolarni.cz/2014/10/05/deprese-dvakrat-jinak/>

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0197-9.

FARKAŠOVÁ, Dana, Mária MUSILOVÁ, Ľudmila KUBICOVÁ a Vlasta ZÁVODNÁ, 2006. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

GAY, Christian, 2010. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Vyd. 1. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

HAJDA, Miroslav, Dana KAMARÁDOVÁ a Klára LÁTALOVÁ, 2015. Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u pacientů s bipolární poruchou v remisi – průřezová studie. *Psychiatrie pro praxi* [online]. (6) [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/89/04.pdf>

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERMAN, Erik, Pavel DOUBEK, Ján PRAŠKO a Jiří HOVORKA, 2006. Diagnostika a léčba depresivní epizody bipolární epizody. *Psychiatrie pro praxi* [online]. (4) [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/06.pdf>

HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO, Pavel DOUBEK a Jiří HOVORKA, 2004. *Bipolární porucha a její léčba*. Maxdorf. ISBN 80-7345-051-8.

HORÁČEK, Jiří, 2017. Stigma a stigmatizace. *Na rovinu* [online]. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://narovinu.net/stigma/>

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLÍČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024629988.

CHRUDINOVÁ, Silvie, 2017. Silvie Chrudinová: Můj příběh. *Prah Jižní Morava* [online]. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.prah-brno.cz/pribehy/silvie-chrudinova/132-muj-pribeh>

JAKEL, Donna, 2010. Everything You Ever Wanted To Know About BIPOLAR DEPRESSION. *Hope & Harmony for People with Bipolar* [online]. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.bphope.com/everything-you-ever-wanted-to-know-about-bipolar-depression/>

JANOUSHKOVÁ, Miroslava a Aneta WEISSOVÁ, 2016. *Stigmatizace v České republice: Výzkumná zpráva*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví.

LÁTALOVÁ, Klára, 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Grada. ISBN 978-80-247-3125-4.

LÁTALOVÁ, Klára, 2012. Kombinovaná léčba bipolární afektivní poruchy. *Medical tribune* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/25616-kombinovana-lecba-bipolarni-afektivni-poruchy>

LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. *Suicidalita u psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.

LÁTALOVÁ, Klára a Jan PRAŠKO, 2009b. Bipolární afektivní porucha a suicidalita. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. **105**(3) [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_3_129_134.pdf

LÁTALOVÁ, Klára, Ján PRAŠKO, Radim KUBÍNEK, Erik HERMAN a Pavel DOUBEK, 2009a. Smíšená epizoda u bipolární afektivní poruchy a její léčba. *Psychiatrie pro praxi* [online]. (5) [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/03.pdf>

MACH, Jan, 2018. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Vydání první. Praha: Wolters Kluwer. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5.

MELLE, Thomas, 2018. *Svět v zádech*. Praha: Odeon. ISBN 978-80-207-1819-8.

MOHR, Pavel, Klára LÁTALOVÁ a Jiří MASOPUST, 2012. Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. **108**(3) [cit. 2019-03-27].

Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR, 2015. Praha: Liga lidských práv. ISBN 978-80-87414-25-5.

- OREL, Miroslav, 2012. *Psychopatologie*. Grada. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2005. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Grada. ISBN 978-80-247-1211-6.
- Personal Stories, 2017. *National Alliance of Mental Illness* [online]. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.nami.org/Personal-Stories/My-Story-with-Bipolar-Disorder>
- PETR, Tomáš, 2011. Sekce psychiatrická, č. 21. *Česká asociace sester* [online]. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/sekce-a-regiony/18/>
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- POLÁČEK, Jaroslav, 2004. Příklad čerstvé těžké akutní mánie s psychotickými příznaky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. (6) [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/08.pdf>
- PRAŠKO, Ján, 2006. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatria pre prax*. Bratislava: MEDUCA, **7**(4), 178-180. ISSN 1335-9584.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RABOCH, Jiří, ed., 2006. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. V Praze: Infopharm. ISBN 80-239-8501-9.
- RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ, 2001. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8.
- ROWLAND, Tobias a Steven MARWAHA, 2018. *Epidemiology and risk factors for bipolar disorder* [online]. [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1177/2045125318769235. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6116765/>
- THOMAS, Soumya, A. NISHA a Joseph VARGHESE, 2016. Disability and quality of life of subjects with bipolar affective disorder in remission. *Indian Journal of Psychological Medicine* [online]. **38**(4), 336–340 [cit. 2019-04-27]. DOI: 10.4103/0253-7176.185941. ISSN 0253-7176. Dostupné z: <http://www.ijpm.info/text.asp?2016/38/4/336/185941>
- VEVERA, Jan, Roman JIRÁK, Tereza UHROVÁ, Ilja ŽUKOV, Pavel KRÁL a Vladislav TICHÝ, 2007. Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi: Ways and means of control of agitated and violent behavior in psychiatry practice. *Psychiatria pre prax*. **8**(2), 62-6466-68. ISSN 1335-9584.
- VIDA, co dokážeme, 2017. *Vida* [online]. [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <http://www.vidacr.cz/o-nas/>
- ZEMANOVÁ, Markéta, 2017. Bipolární afektivní porucha. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/bipolarni-afektivni-porucha>

ŽALUDEK, Adam, 2018. Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických lůžkových odděleních. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **19**(2) [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2018/02/06.pdf>

Seznam obrázků

Obrázek 1 Schéma vzniku BAP jako výsledek působení negativních životních událostí (Látalová, 2010)	12
Obrázek 2 Schématické cyklování nálad u BAP (Látalová, 2010)	13
Obrázek 3 Běžné kolísání nálady (Orel, 2012)	14
Obrázek 4 Průběh manické fáze (Orel, 2012)	14
Obrázek 5 Průběh depresivní fáze (Orel, 2012)	17
Obrázek 6 Rizikové faktory (Látalová, 2009b)	30
Obrázek 7 Obrázek 4.3 – Grafické znázornění modelu Hildegard Peplau	35

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informační leták

11 doporučení jak **podpořit** své **blízké** během **mánie**



Mánie je obdobím, kdy se nálada dotyčného změní z normální běžné nálady na povznesenou až expanzivní. Jedná se o období, kdy je jedinec aktivní a hovorný, má sníženou potřebu spánku a zvýšenou potřebu sexuální aktivity, má zvýšené sebevědomí, ale je i roztržitý, nesoustředěný, nezodpovědný a bez rozmyslu utrácí peníze. Jeho chování je nevhodné, vystupňované až do riskantního.

Během manické fáze hrozí nemocnému velké riziko, neuvědomuje si totiž nebezpečí a zdánlivě z vlastní vůle uvolní brzdy sebekontroly. Onemocnění má pak velký dopad jak na nemocného, tak na jeho rodinu a blízké.

Organizace International Bipolar fondation oslovila bipolární pacienty, aby sdíleli zkušenosti s manickou fází a poradili ostatním tipy a triky, jak ji co nejlépe zvládnout.

Není nikde zaručeno, že právě tyto rady budou pro Vás osobně nejlepší. Klíčem je komunikace a před zavedením těchto tipů se vždy ujistěte, že máte povolení k tomu, je během manické epizody použít.

1. Vyvarujte se blahosklonných nebo bojových slov

„Nepředpokládej, že jsem maniakální, protože jsem nadšená nebo afektovaná, možná jsem jen ve skvělé náladě. Neříkej mi, abych se uklidnila nebo zastavila, protože to není něco, co bych mohla fyzicky ovládat.“ - Crystal G.

2. Připomeňte jim jejich léky

„Moje žena mi dává prostor, zeptá se, jestli jsem si vzal léky a necítil jsem se provinile za to, že nespím vedle ní, protože ví, že to není volba.“ - Candra C

3. Chraňte je před chybami, zejména před finančními

„Vezměte mi mé kreditní karty a zabraňte mi v nákupu jakéhokoli úvěru.“ - Kevin B.

4. Poradte jim, ať zavolají svému lékaři nebo psychiatrovi (v případě potřeby)

„Připomeňte jim, aby zpomalili a možná zavolali svému lékaři.“ - Marc D.

5. Neberte si věci osobně

„Neberte si mou podrážděnost osobně, přijďte za mnou v klidu a dejte mi pocit bezpečí.“ - Deb E.

6. Nechte jim prostor

„Nechte mě. Je to lepší pro všechny, protože se mohu rozzlobit a rozrušit každým slovem i laskavostí. Víím, že mě milujete, ale není to to, co chci, když mám epizodu.“ - Mandy I.

7. Udržujte je ve společnosti

„Dělejte se mnou věci, které jsou zábavné, udržujte mě v činnostech a zároveň mě udržujte v bezpečí. Nenuť mě, abych se cítil hloupě nebo v rozpacích za to, že se hádám nebo dělám nesmysly.“ - Kari R.

8. Předem si dohodněte odebrání telefonů a změnu hesel (je-li dohodnuto)

„Vezměte mi telefon. Jdu do nákupního šílenství, když jsem v mánii.“ - Fran F.

9. Připravte se na depresivní epizodu

„Budte trpěliví, připravte se na nevyhnutelný pád, pomozte mi doma, bezpodmínečně mě milujte ...“ - Brandi B.

10. Poskytujte jim objetí, lásku a podporu

„Bezpodmínečná láska je to, co můžete udělat, abyste mi pomohli nejvíce.“ - Rachel S

11. Povzbuzujte je, ale trpělivě korigujte jejich plány a nápady

„Můj manžel se velmi trpělivě snaží, abych viděla své plány realisticky (jinak bych byla frustrovaná, protože si myslím, že jsou úžasné)a vysvětluje mi v čem je problém a proč úžasné nejsou, protože ví, jak to bude vypadat, když mé plány selžou. Mám to štěstí, že ho mám; zvládne mě lépe než já.“ - Aimee F.c

[illegible]